



FICHE de RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM du résident :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

N° d'affiliation Régime Général :

N° d'affiliation Régime Complémentaire :

Prise en charge 100% : OUI NON

Médecin traitant :

Kinésithérapeute libéral :

Taxi-Ambulance :

*Préférence en cas d'hospitalisation : Centre Hospitalier de
Clinique de*

Religion pratiquée :

Notaire Référent :

*Volonté(s) expresse(s) en cas de décès / Cf document d'expression des
directives anticipées inclus dans le contrat de séjour.*

Personne(s) à prévenir en priorité en cas de nécessité :

-NOM

-Lien de parenté

-Téléphone

1

2

3

Document complété leà Belmont Sur Rance/Camarès,

Mr/Mme/Melle.....



FICHE de RENSEIGNEMENTS

Concernant

L'ÉTAT CIVIL du RESIDENT / de la RESIDENTE :

NOM du Résident/ de la Résidente :

PRENOM du Résident/ de la Résidente :

Nom de jeune fille :

NOM et PRENOM du conjoint :

Situation matrimoniale :

Date et lieu de naissance du Résident/ de la Résidente :

Nationalité :

Profession avant la retraite :

*RENSEIGNEMENTS concernant LES ENFANTS et LES
PROCHES du RESIDENT/de la RESIDENTE :*

NOM et PRENOM : ANNEE ADRESSE :

PROFESSION :

De

NAISSANCE :

1

2

3



FICHE de RENSEIGNEMENTS

Concernant les ressources du RESIDENT/de la RESIDENTE :

*Montant des revenus :

MENSUELS :

ANNUELS :

* *RESSOURCES AFFERENTES AU REGIME PRINCIPAL :*

N° de pension :

Intitulé et coordonnées de la caisse :

**RESSOURCES AFFERENTES AU(X) REGIME(S)
COMPLEMENTAIRE(S) :*

N° de pension :

Intitulé et coordonnées de la caisse complémentaire N°1 :

N° de pension :

Intitulé et coordonnées de la caisse complémentaire N°2 :

N° de pension :

Intitulé et coordonnées de la caisse complémentaire N°3 :



Pension militaire/ Pension d'Invalidité :

**AUTRES RESSOURCES :*

MENSUELLES :

TRIMESTRIELLES :

ANNUELLES :

**MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE « MAJEUR VULNERABLE » :*

OUI

NON

Si oui, type de mesure :

Coordonnées du référent/représentant légal :

**Désignation d'une personne de confiance :*

OUI

NON

Si oui, identité de cette personne et ses coordonnées :

Document établi àLe.....

Signature du RESIDENT/de la RESIDENTE :

Signature du REFERENT/REPRESENTANT LEGAL :