

(à remplir par le futur résident ou, en cas d'impossibilité de celui-ci,
par la personne qui se charge des démarches d'inscription)

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Déclare par la présente (cocher la proposition correspondante) :

1- effectuer pour moi-même les démarches d'inscription à l'EHPAD du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc.

2- être bien informé(e) des démarches d'inscription à l'EHPAD du Centre Hospitalier effectuées par M/Mme.....
en mon nom et y consentir.

3- que M/Mme.....pour qui
j'effectue ces démarches d'inscription à l'EHPAD du Centre Hospitalier, a
bénéficié d'une information adaptée à son état de santé et que son
consentement a été activement recherché, mais qu'il/elle n'est pas en mesure
de donner son consentement écrit pour la/les raison(s) suivante(s) :

.....
.....
.....

Pour les cas 2 et 3 : lien avec le futur résident.....

Fait à : le :/...../.....

Signature :

T SVP



Coordonnées de la personne dite « le référent » pour gérer et suivre les aspects administratifs

Nom – Prénom		Adresse	Téléphone
Date de naissance :			
Lien de parenté :			
<i>Adresse électronique :</i>			@
Dispose-t-elle d'une procuration bancaire ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/>

Coordonnées des membres de la famille du futur résident (conjoint et enfants)

Nom – Prénom		Adresse	Téléphone
Date de naissance :			
Lien de parenté :			
<i>Adresse électronique :</i>			@
Nom – Prénom		Adresse	Téléphone
Date de naissance :			
Lien de parenté :			
<i>Adresse électronique :</i>			@
Nom – Prénom		Adresse	Téléphone
Date de naissance :			
Lien de parenté :			
<i>Adresse électronique :</i>			@
Nom – Prénom		Adresse	Téléphone
Date de naissance :			
Lien de parenté :			
<i>Adresse électronique :</i>			@