FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE JOUR

CENTRE HOSPITALIER - 30 ter rue St François - Doué la Fontaine - 49700 DOUE EN ANJOU
Tel 02.41.83.46.10 & Fax 02.41.59.09.93

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ❒ Madame ❒

Nom de famille (de naissance) .....

(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage).....

Prénom(s) .....

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard .....

Code postal. ..... Commune/Ville .....

Téléphone fixe ..... Téléphone portable .....

Adresse e-mail .....

PERSONNE A CONTACTER (POUR LES CAS D'URGENCE, PREVOIR DEUX CORRESPONDANTS)

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

.....

.....

Lien de parenté .....

N° téléphone .....

Nom.....

Prénom .....

Adresse .....

.....

.....

Lien de parenté .....

N° téléphone .....

RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES AU SEJOUR – OBLIGATOIRES AVANT L'ENTREE

Médecin traitant ..... GIR .....

JOURNEE D'ACCUEIL POSSIBLE

	Lundi	Mardi	mercredi	Jeudi	Vendredi
Journée complète					

Préciser les dates souhaitées pour l'accueil .....

.....

.....

PROCEDURE A RESPECTER

Je signe le contrat de séjour qui m'est remis en même temps que le règlement de fonctionnement lors de l'entrée.

A REMPLIR

Le soussigné(e) ..... déclare demander pour lui-même ou pour …… l'inscription à l'accueil de jour à du Centre Hospitalier de Doué en Anjou après avoir pris connaissance des éléments contenu dans le présent document, du règlement de fonctionnement et signé le contrat de séjour prévu par les textes en vigueur.

Date ..... signature

PIECES A FOURNIER LE JOUR DE L'ENTREE

☐ Grille NPIES
☐ un extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille
☐ Un engagement de paiement du résident et/ou de ses obligés ou co-obligés alimentaires.
☐Un relevé d'identité bancaire
☐La fiche médicale dûment renseignée (document type à retirer dans le service)
☐Les médicaments et la dernière ordonnance en cours pour les prochaines 48 heures
☐La carte d'assuré social (carte vitale) ainsi que son attestation
☐La carte de mutuelle ou assurance complémentaire santé
et si ces documents existent :
☐ La photocopie d'un jugement de protection de justice s'il y a lieu (tutelle, curatelle…)
☐Copie de la notification de l'APA (conseil général)

PRISE EN CHARGE

Un rendez vous est pris avec le cadre du service 3 mois après l'inscription afin de faire le point sur la prise en charge. Mon correspondant privilégié est le cadre du service pour tout ce qui relève de la prise en charge.

Date : .....

✂ ……

A REMPLIR EN CAS D'ANNULATION

Mr Mme Melle ..... annule l'inscription à l'accueil de jour du Centre Hospitalier de Doué en Anjou dans le respect du règlement de fonctionnement (soit 72 heures à l'avance pour ne pas être facturé)

Date ..... signature