



# FOYER SŒUR LOUISE BRON

Ruelle du Mont 8

1926 FULLY

Tél. 027 746 31 51

Fax 027 746 31 58

slbron@fully.ch

## DEMANDE D'ADMISSION

### Identité

Nom ..... Prénom .....  
Né(e) le ..... No AVS .....  
Origine ..... Domicile .....  
Nom et prénom du père ..... Nom de jeune fille et prénom de la mère .....  
Etat civil .....  
Ancienne profession ..... Religion .....

**Conjoint**, nom, prénom .....  
Adresse ..... Domicile .....

### Enfants (nom, prénom, adresse, domicile, téléphone)

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

### Frères, sœurs (nom, prénom, adresse, domicile, téléphone)

.....  
.....

### Répondant ou représentant légal

.....

Nom de la caisse maladie ..... N° d'assuré .....

Nom de la complémentaire ..... N° d'assuré .....

Rente impotence Fr ..... /mois

Médecin traitant ..... Pharmacie .....

**Actuellement hospitalisé(e)** à .....

**Affection principale** .....

Observations (lieu et conditions de vie)

.....  
.....

**A joindre** : La carte d'assurée caisse maladie, la carte du groupe sanguin, une copie du livret de famille et de la police d'assurance RC

Date

.....

Signature (pensionnaire ou répondant)