

Tel : 04.92.83.98.00  
Fax : 04.92.83.61.78  
E-mail : [hl.castellane@wanadoo.fr](mailto:hl.castellane@wanadoo.fr)



# FICHE ADMINISTRATIVE

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESIDENT

Nom : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Département : .....  
Situation de famille : ..... Ancienne profession : .....  
Adresse personnelle : .....  
..... Tel : .....

## COUVERTURE SOCIALE

N° de Sécurité Sociale : \_ \_ \_ \_ \_ ALD : oui  non  Fin : .....  
Caisse : ..... Code organisme : ..... Adresse : .....  
..... Code postal : ..... Ville : .....  
Mutuelle : ..... Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : ..... Tel : ..... N° Adhérent : .....

## ENTOURAGE DU PATIENT

N°	Nom et Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone
1				
2				
3				
4				

## PERSONNE DE CONFIANCE (une seule)

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone

## MESURE DE PROTECTION

Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice   
Tuteur ou curateur Nom, adresse, téléphone .....

## AUTRES RENSEIGNEMENTS

 Directives anticipées : (loi Leonetti – voir Livret d'accueil)

Oui  Non

 Don du corps :

Oui  Non

 Prélèvements organes :

Oui  Non

 Culte souhaits particuliers :

Oui  Non

Si oui le ou les quels : .....

 Marquage du linge : 40€

Oui  Non

 Aide Sociale

Oui  Non

 A qui facturer si ce n'est pas au résident :

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

..... Code postal ..... Ville .....

Téléphone .....

 APA ETABLISSEMENT :

Oui  Non

 APA DOMICILE

Oui  Non

Si Oui auprès de quel Conseil Général ?

 APL

Oui  Non

Si oui N° d'Allocataire .....

De quelle caisse dépendez-vous ? .....

 Contrat obsèques

Oui  Non