

**ADMISSION AU CENTRE D'ACCUEIL TEMPORAIRE (CAT)**Home Salem Extra-muros

Nom : Prénom :

Adresse

Rue :

No postal et localité :

No de tél. privé :

Commune d'origine :

Date de naissance : Lieu:.....

Etat civil : Prénom du conjoint:.....

No AVS :

Nom et no d'assurance maladie :

Médecin traitant :

Bénéficiez-vous des prestations complémentaires de l'AVS ? oui – non Bénéficiez-vous d'une allocation d'impotence ? oui – non Bénéficiez-vous de l'aide d'un CMS ? oui – non

Lequel ?

Nombre de journées d'accueil prévues par semaine :

Quels jours ?

- Date 1^{er} jour de présence :**Personne(s) à contacter en cas d'urgence :**

Nom et prénom:.....

Adresse :

No de tél. :

Lien familial ou autre :

Nom et prénom:.....

Adresse :

No de tél. :

Lien familial ou autre :

Répondant financier

Nom et prénom :

Adresse :

No de tél. :

Lien familial ou autre :

Date et signature du bénéficiaire (ou de son répondant légal) :