HÔPITAL LOCAL
LESNEVEN

Rue Barbier de Lescoat
29260 LESNEVEN
Tél : 02.98.21.29.00

DEMANDE D'ENTREE EN MAISON DE RETRAITE

Date de la demande .....

NOM et PRENOM : ..... Nom de Jeune Fille : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Situation matrimoniale : Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐

SITUATION

Adresse : .....

.....

Où êtes-vous actuellement ?

☐ A domicile

☐ Chez un de vos enfants (Indiquer Nom, Prénom, Adresse, Téléphone) :

.....

.....

☐ Dans un établissement Hospitalier (Indiquer Nom, Adresse, Service) :

.....

.....

PERSONNES A PREVENIR

	1	2
Nom	.....	.....
Adresse	.....	.....
N° Téléphone	.....	.....
Adresse E.Mail	.....	.....
Lien de parenté	.....	.....

	TY MAUDEZ	DORGUEN	CLEUSMEUR
☞ Résidence souhaitée	☐	☐	☐

☞ Régime de sécurité sociale : ……..

☞ Médecin Traitant : .....

Signature du demandeur

Réservé à l'établissement :