**Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce formulaire de façon aussi précise que possible et de nous le retourner. MERCI DE VOTRE COLLABORATION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Origine |  |
| No AVS |  |
| Religion |  |
| Etat civil |  |
| Nationalité |  |
| Domicile légal (papiers déposés) rue |  |
| Lieu |  |
| Téléphone |  |
| Portable |  |
| Profession |  |
| **Caisse maladie** |  |
| No de police |  |
| Adresse |  |
| Lieu |  |
| Téléphone |  |
| e-mail |  |
| **Assurance Responsabilité civile** |  |
| No de police |  |
| Adresse |  |
| Lieu |  |
| Téléphone |  |
| **Provenance** |  |
| Date d'entrée |  |
| **Garantie financière demandée par** |  |
| **Adresse de facturation** |  |
| Répondant |  |
| Rue |  |
| Lieu |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| e-mail |  |
| **Tuteur/Curateur** |  |
| Nom, prénom |  |
| Rue |  |
| Lieu |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| e-mail |  |
| **Autorité judiciaire** |  |
| Nom, prénom |  |
| Rue |  |
| Lieu |  |
| Téléphone |  |
| e-mail |  |
| **Médecin de famille** |  |
| Nom, prénom |  |
| Rue |  |
| Lieu |  |
| Téléphone 1 |  |
| e-mail |  |
| Fax |  |
| **Médecin spécialisé** |  |
| Nom, prénom |  |
| Rue |  |
| Lieu |  |
| Téléphone 1 |  |
| e-mail |  |
| **Bénéficiaire d'une rente AI (oui ou non)** |  |
| Pourcentage |  |
| **DONNEES FAMILIALES** |  |
| **Epoux, épouse** |  |
| Nom, prénom |  |
| Rue |  |
| Lieu |  |
| Téléphone 1 |  |
| **Père** |  |
| Nom, prénom |  |
| Rue |  |
| Lieu |  |
| Téléphone |  |
| **Mère** |  |
| Nom, prénom |  |
| Rue |  |
| Lieu |  |
| Téléphone |  |
| **Enfants** |  |
| Nom, prénom |  |
| Nom, prénom |  |
| Rue |  |
| Lieu |  |
| Téléphone |  |
| **A contacter en cas de problème** |  |
| Nom, prénom |  |
| Rue |  |
| Lieu |  |
| Téléphone |  |