
FORMULAIRE D'INSCRIPTION

TYPE DE DEMANDE / ANTRAG **Préventive /**
Vorbeugend **Urgente /**
Dringend* **Lit de vacances /**
Ferienzimmer***LE DEMANDEUR / DER ANTRAGSTELLER****Nom /**
Name**Nom de jeune fille /**
Geburtsname**Prénom /**
Vorname**Etat civil /**
Zivilstand**Matricule /**
Versicherungsnummer

<input type="text"/>												
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Lieu de naissance /
Geburtsort**Nationalité /**
Nationalität**Caisse de maladie /**
Krankenkasse**Adresse actuelle /**
Derzeitige Adresse

N° / Nr.	Rue / Straße
--------------------	------------------------

CP / PLZ.	Ville / Stadt
---------------------	-------------------------

PERSONNE(S) DE CONTACT / BEZUGSPERSON(EN)**Nom Prénom /**
Name Vorname**Lien de parenté /**
Verwandschaftsgrad**Adresse /**
Anschrift

N° / Nr.	Rue / Straße
--------------------	------------------------

CP / PLZ.	Ville / Stadt
---------------------	-------------------------

N° de téléphone /
Telefonnummer**Privé /**
Privat**GSM /**
Mobiltelefon**Bureau /**
Büro**Adresse email /**
E-mail Adresse

Nom Prénom / Name Vorname				
Lien de parenté / Verwandschaftsgrad				
Adresse / Anschrift	N° / Nr.	Rue / Straße		
	CP / PLZ.	Ville / Stadt		
N° de téléphone / Telefonnummer	Privé / Privat			
	GSM / Mobiltelefon			
	Bureau / Büro			
Adresse email / E-mail Adresse				
Tutelle / Vormundschaft	<input type="checkbox"/>	Oui / Ja	<input type="checkbox"/>	Non / Nein
Curatelle / Pflegschaft	<input type="checkbox"/>	Oui / Ja	<input type="checkbox"/>	Non / Nein
Données concernant le tuteur ou le curateur / Angaben zum Vormund oder Treuhändler _____				

BREVE DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE / KURZE BESCHREIBUNG DER AKTUELLEN SITUATION

Séjour actuel / Aktueller Aufenthaltsort

<input type="checkbox"/> Hopital / Krankenhaus	Lequel / Welches	
<input type="checkbox"/> Rééducation gériatrique / Geriatrische Rehabilitation	Laquelle / Welche	
<input type="checkbox"/> Domicile / Zu Hause		
<input type="checkbox"/> Autre / Andere :		

Services à domicile / Hilfe zu Hause

<input type="checkbox"/> Réseau à domicile / Ambulantes Pflegenetz	Lequel / Welches	
	Passages par jour / Frequenz pro Tag	
<input type="checkbox"/> Centre de jour spécialisé / Tagesstätte	Laquelle / Welche	
	Fréquence par semaine / Besuche pro Woche	
<input type="checkbox"/> Aide par famille / Pflege durch Angehörige		

