



Formulaire de demande de fréquentation Foyer de Jour Haut-de-Cry

Comment procéder ?

☞ Remplir ce questionnaire en renseignant **toutes** les rubriques. Le retourner avec **toutes** les pièces justificatives et documents demandés en annexe.

Si vous avez des hésitations ou des questions, nous restons volontiers à votre entière disposition pour y répondre.

Contact : Tel : 027 345 54 47 – foyerdejour@hautdecry.ch

Données personnelles

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Numéro AVS : _____

Adresse, NPA, Lieu : _____

Commune de domicile : _____ Depuis le : _____

Nationalité : _____ Originaire de : _____

Lieu de naissance : _____

N° de téléphone : _____ Numéro de natel : _____

Adresse e-mail : _____

Confession : _____

État civil : célibataire marié(e) séparé veuf(ve) depuis _____ divorcé(e) depuis _____

Prénom époux(se), même si décédé : _____ N° téléphone : _____

Nom et prénom du père : _____ Nom et prénom de la mère : _____

Adressage de la facture et du courrier administratif: Oui Non



Personnes de contact

Représentant administratif :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse, NPA, Lieu : _____ Lien de parenté : _____
Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____
Tél. mobile : _____ E-mail : _____
 époux (se) fils/fille représentant légal autre: _____

Adressage de la facture et du courrier administratif : oui non

Représentant thérapeutique (ce n'est pas le médecin traitant) :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse, NPA, Lieu : _____
Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____
Tél. mobile : _____ E-mail : _____
Lien de parenté:
 époux (se) fils/fille représentant légal autre: _____

Adressage du courrier administratif: oui non



Autres membres de la famille ou proches

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

NPA, Lieu : _____

Tél. privé/Natel : _____

Tél prof : _____

E-mail : _____

Lien de parenté : _____

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

NPA, Lieu : _____

Tél. privé/Natel : _____

Tél prof : _____

E-mail : _____

Lien de parenté : _____

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

NPA, Lieu : _____

Tél. privé/Natel : _____

Tél prof : _____

E-mail : _____

Lien de parenté : _____



Médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse, NPA, Lieu : _____
N° de téléphone : _____

Pharmacie

Nom de la pharmacie : _____
Adresse, NPA, Lieu : _____
N° de téléphone : _____

Caisse maladie

Nom de la caisse : _____ N° d'assuré : _____
Adresse, NPA, Lieu : _____

Directives anticipées

Avez-vous déjà établi vos directives anticipées ? Oui Non Je ne souhaite pas le faire

Demande de fréquentation

Date de début de fréquentation souhaité : _____

Notez le.s jour.s et la.les modalit.é.s qui vous conviennent avec une X sur la/les cases correspondante.s.

<i>Jours</i>	<i>Journée</i>	<i>Demi-journée Matin (9h00-14h30)</i>	<i>Demi-journée Après-midi (11h30-17h00)</i>
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			

La validation de votre demande de fréquentation sera faite selon les disponibilités du Foyer de Jour.



Documents à joindre à la demande

- Copie de la carte d'assuré caisse maladie
- Copie de la carte d'identité
- Copie de la procuration si vous avez un représentant légal
- Copie de la décision de curatelle, si existante
- Certificat médical de capacité/incapacité de discernement (demander au médecin traitant)
- Directives anticipées

Documents fournis en annexe (remplir et/ou à traiter – à rendre avec la demande d'admission)

- Histoire de vie (remplir)
- Directives anticipées (remplir et signer, si vous souhaitez les établir)
- Demande de renseignements, pour le médecin traitant (signer et traiter avec le médecin traitant)

Je soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Date : _____

Signature : _____

La demande de fréquentation ne sera prise en considération uniquement si elle est complète et accompagnée de tous les documents demandés.