



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### ÉTAT CIVIL

Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de jeune fille : ..... Adresse : .....  
 Né(e) le : ..... À : ..... CP : ..... Ville : .....  
 Vous êtes :  Célibataire  Marié (e)  Veuf (ve)  
 Divorcé  Concubinage  
 Profession antérieur : ..... Nombre d'enfants : .....

### DROITS SOCIAUX

Caisse de sécurité sociale : .....  
 Complémentaire santé : .....  
 N° Allocataire de l'aide au logement : .....  
 Noms des caisses de retraites :  
 - .....  
 - .....

### INTERVENANTS

Kiné : ..... Coiffeur : .....  
 Pédicure : ..... Dentiste : .....

### PRESTATAIRES

Médecin traitant : .....  
 Ambulance : .....  
 Taxi : .....

### DIRECTIVES ANTICIPÉES

Existe-t-il des directives anticipées :

- Oui  
 Non  
 Ne sait pas

### CONSIGNES EN CAS DÉCÈS

Souhaite être prévenu la nuit (21h00 – 7h00)

- Oui  Non

Pompes funèbres : .....

Contrat Obsèques :  Oui  Non

Si oui Contrat N° .....

### PERSONNE RÉFÉRENTE

(Personne en lien avec l'établissement concernant le séjour du résident)

Nom : ..... Prénom : .....  
 Lien de parenté : .....  
 Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....  
 N° de téléphone fixe : .....  
 N° de téléphone portable : .....  
 Adresse mail : .....

## MEMBRES DE L'ENTOURAGE

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....  
N° de téléphone fixe : .....  
N° de téléphone portable : .....  
Adresse mail : .....

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....  
N° de téléphone fixe : .....  
N° de téléphone portable : .....  
Adresse mail : .....

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....  
N° de téléphone fixe : .....  
N° de téléphone portable : .....  
Adresse mail : .....

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....  
N° de téléphone fixe : .....  
N° de téléphone portable : .....  
Adresse mail : .....

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....  
N° de téléphone fixe : .....  
N° de téléphone portable : .....  
Adresse mail : .....

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....  
N° de téléphone fixe : .....  
N° de téléphone portable : .....  
Adresse mail : .....

## PERSONNE DE CONFIANCE

*Le résident peut désigner par écrit une personne de confiance (article L 1111-6 du code de la santé publique). La personne de confiance sera consultée au cas où le résident ne peut exprimer sa volonté et recevoir toute l'information nécessaire. La désignation est révoquée à tout moment.*

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....  
N° de téléphone fixe : .....  
N° de téléphone portable : .....  
Adresse mail : .....