

(à remplir par le futur résident ou, en cas d'impossibilité de celui-ci,  
par la personne qui se charge des démarches d'inscription)

Je soussigné(e),

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Déclare par la présente (cocher la proposition correspondante) :

effectuer moi-même les démarches d'inscription à l'EHPAD du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc

être bien informé(e) des démarches d'inscription à l'EHPAD du Centre Hospitalier effectuées par M/Mme..... et y consentir

que M/Mme.....pour qui j'effectue ces démarches d'inscription à l'EHPAD du Centre Hospitalier, a bénéficié d'une information adaptée à son état de santé et que son consentement a été activement recherché, mais qu'il/elle n'est pas en mesure de donner son consentement écrit pour la/les raison(s) suivante(s) :

.....  
.....  
.....

Fait à : ..... le : ...../...../.....

Signature :

T SVP



**Coordonnées de la personne dite « le référent » pour gérer et suivre les aspects administratifs**

Nom – Prénom		Adresse	Téléphone
Date de naissance :			
Lien de parenté :			
<i>Adresse électronique :</i>			@
Dispose-t-elle d'une procuration bancaire ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/>

**Coordonnées des membres de votre famille (conjoint et enfants)**

Nom – Prénom		Adresse	Téléphone
Date de naissance :			
Lien de parenté :			
<i>Adresse électronique :</i>			@
Nom – Prénom		Adresse	Téléphone
Date de naissance :			
Lien de parenté :			
<i>Adresse électronique :</i>			@
Nom – Prénom		Adresse	Téléphone
Date de naissance :			
Lien de parenté :			
<i>Adresse électronique :</i>			@
Nom – Prénom		Adresse	Téléphone
Date de naissance :			
Lien de parenté :			
<i>Adresse électronique :</i>			@