MAISON DE L'AUTOMNE
EHPAD - Maison pour personnes agées dépendantes
Accueil de jour
Accueil temporaire
Unité Alzheimer
44 rue Amblard 26000 VALENCE
Tél : 04 75 78 29 20 | Fax : 04 75 78 89 50
maison-automne@diaconat-valence.org
www.diaconat-valence.org

Maison de l'Automne
Etablissement d'**H**ébergement pour **P**ersonnes **A**gées
44 Rue Amblard 26000 Valence
Tél : 04.75.78.29.20 Fax : 04.75.78.89.50
Email : maison-automne@diaconat-valence.org

FICHE ETAT CIVIL

Nom d'usage: .....Nom de famille : .....

Prénom :.....

Date et lieu de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Situation familiale : célibataire ☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e) ☐☐

Profession antérieure.....

Tuteur/Curateur ..... Aide Sociale.....

Entré le : ..... N° de chambre.....

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Centre de paiement : .....

Société mutualiste .....

N° Caf ou MSA :.....

Caisses de retraite - adresses :.....

.....

Caisses de retraite Complémentaire - adresses

:.....

Nom du médecin coordinateur : Docteur MIGNOT (04.75.78.29.20)

Nom du médecin traitant :.....

Adresse :.....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du médecin spécialiste, s'il y a lieu :.....

Adresse :.....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

① **Correspondant du résident à prévenir (préciser le lien de parenté et le rôle dans la prise en charge)* :**

Nom - Prénom	***Adresse exacte + numéro de téléphone + mail***	***Lien + Rôle***

***Merci de nous informer de tout changement de coordonnées.**