



FICHE HOSPITALISATION SENIORS

(Mettre à jour régulièrement)

Service des solidarités

Pôle seniors

01 69 10 37 95

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de Naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Caisse Maladie : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Mutuelle : _____

N° de Contrat : _____

Médecin Traitant : _____

Caisse de Retraite : _____

Traitement en cours : _____

Coordonnées famille

NOM-Prénom	Lien	Coordonnées



FICHE HOSPITALISATION SENIORS

Infirmière : _____

Kiné : _____

Service de soins : _____

Association d'aide à domicile : _____

Téléassistance : OUI NON

Portage Repas : OUI NON Portage Mairie : OUI NON

Suivi CLIC : OUI NON

Suivi CCAS : OUI NON

Antécédents (Allergies connues, maladies, Chirurgie) : _____

Port de : lunettes/lentilles prothèse auditive/dentaire

Autres informations : _____

