



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

La personne accueillie

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	Localité	<input type="text"/>
Etage	<input type="text"/>		
Né-e le	<input type="text"/>	Etat civil	<input type="text"/>
Tél. fixe	<input type="text"/>	Tél. portable	<input type="text"/>
Situation à domicile : <input type="checkbox"/> vit seul-e <input type="checkbox"/> autre (à préciser)		<input type="text"/>	
Numéro AVS :	<input type="text"/>	Langue maternelle	<input type="text"/>
Prestations complémentaires de l'AVS (PC) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Curatelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

Entourage, personne(s) à contacter

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	Localité	<input type="text"/>
Lien familial ou autre	<input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>
Tél. fixe	<input type="text"/>	Tél. portable	<input type="text"/>
Répondant administratif : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	Localité	<input type="text"/>
Lien familial ou autre	<input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>
Tél. fixe	<input type="text"/>	Tél. portable	<input type="text"/>
Répondant administratif : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

Médecin traitant

Nom

Prénom

Rue

Localité

Tél. fixe

Tél. portable

Courriel

Aide à domicile oui non

Institution

Secteur

Tél. fixe

Courriel

Horaires

Prestations de l'aide à domicile (douche, toilette, habillage, médicaments, autre)

Données personnelles

Description de la situation (état de santé, autonomie, besoins particuliers, autre)

Éléments importants à considérer (médicaments, alimentation, risque de chute, désorientation, allergies, autre)

Accueil de Jour « Au Bois Husson »

Motif de la demande, objectifs souhaités

Souhait et proposition adressés à l'équipe d'animation

Présence : Demi-journée Journée

Nombre de jours souhaités par semaine : 1 jour 2 jours 3 jours

Les jours souhaités : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Transport souhaité : oui non

Autres transporteurs (Coordonnées et numéro de téléphone)

1^{er} jour d'accueil souhaité le

Personne à contacter pour une première rencontre

Remarques particulières

Lieu et date

Signature de la personne accueillie

Signature du répondant administratif

Envoyer votre formulaire d'inscription à l'adresse suivante :

**Accueil de Jour « Au Bois Husson »
Chemin du Val 4
2900 Porrentruy**

**Tél : 032 465 93 20
Courriel : info@auboishusson.ch**