

## 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)

## Centre 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<sup>er</sup> 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 :

**Centre de Jour « Au Bois Husson »  
Chemin du Val 35  
2900 Porrentruy**

**Tél : 032 465 93 20  
Courriel : [info@auboishusson.ch](mailto:info@auboishusson.ch)**