

# Résidence Jean Marie de La Mennais

## DOSSIER D'INSCRIPTION

---



## ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

Monsieur

Madame

Nom de famille (naissance) :

Prénoms

Date de naissance :

Lieu de Naissance :

Département/Pays :

N° d'immatriculation :

Adresse :

Code postal :

Ville/Commune :

Téléphone :

e-mail :

Ancienne profession :

Vivez-vous dans les Cotes d'Armor depuis plus de 3 mois :  oui  non

Situation familiale :

Célibataire,  Vie maritale,  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuf (ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Nombre d'enfants :

Mesure de protection juridique  oui  non  En cours

Si oui, laquelle :  Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice

## ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL (en cas de mesure de protection juridique)

Monsieur

Madame

Nom de famille (naissance) :

Prénoms

Date de naissance :

Lieu de Naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville/Commune :

Téléphone :

e-mail :



## PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée ? :  oui  non

**si oui**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville/Commune :

Téléphone :

e-mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

## COORDONNEES DE LA PERSONNE A CONTACTER au sujet de cette demande (référént familial)

Nom de famille :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville/Commune :

Téléphone :

e-mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :



## ELEMENTS D'ORDRE ADMINISTRATIF ET FINANCIER

Caisse d'Assurance Maladie et Adresse :

- 100 %  
 A.L.D jusqu'à quelle date

Complémentaire santé – Mutuelle et adresse

N° Adhérent

Caisse de Retraite (nom et adresse de l'ensemble des organismes) :

Financement du séjour :  seul  avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement :  oui  non  Demande en cours ou envisagée

Allocation logement (APL) :  oui  non  Demande en cours ou envisagée

APA à domicile  oui  non  Demande en cours ou envisagée

Date d'entrée souhaitée :  Immédiat  dans 3 à 6 mois  échéance plus lointaine

COMMENTAIRES :



## **Pièces à fournir à votre demande d'inscription :**

- Copie Livret de famille
- Copie Attestation de Sécurité Sociale
- Copie Carte Mutuelle – Complémentaire Santé
- Copie Carte ou Attestation d'Allocation Logement CAF ou MSA
- Copie du dernier Avis d'Imposition ou de Non-Imposition
- Copie des justificatifs de Pensions de retraite

## **Documents joints pour information :**

- Fiche Tarifs
- Information « Personne de confiance »
- Règlement de fonctionnement
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Document médical (à remplir et à adresser sous pli confidentiel)

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature de la personne concernée  
ou de son représentant légal

