



Nom/Prénom:  
Date :

**DOSSIER COMMUN D'INSCRIPTION EN ETABLISSEMENT - FICHE ADMINISTRATIVE -**

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	
Allocation Personnalisée d'Autonomie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
Si oui dans quel département : <input type="checkbox"/> Côtes d'Armor <input type="checkbox"/> Ille et Villaine <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) .....	
Caisse(s) de retraite principale et complémentaire(s) (nom (s) et adresse (s))	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
Numéro et caisse de Sécurité Sociale*	..... .....
Mutuelle*:	..... .....
<b>Mesure de protection</b>	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
Nom et Coordonnées de la personne en charge du dossier ..... .....	
<input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	

ENTOURAGE			
Personne référente			
NOM/Prénom	Adresse	Téléphone	Liens familiaux
Personnes à prévenir (par ordre de priorité)			
NOM/Prénom	Adresse	Téléphone	Liens familiaux

\*Attestation à fournir au moment de l'admission

Fait à : ..... Le: .....  
Nom et signature.....

**\*Nous vous remercions de prévenir les établissements non retenus dès que vous aurez obtenu satisfaction auprès d'un établissement du secteur**