

## DEMANDE D'ADMISSION

Pour appartement : \_\_\_\_\_ Date d'entrée prévue : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille (à la naissance) : \_\_\_\_\_

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Date de naissance : J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_ NAS : \_\_\_\_\_

No. RAMQ : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_

État civil : M  V  C  D  S  Permanent  Convalescence

Prénom & Nom du conjoint : \_\_\_\_\_ NAS : \_\_\_\_\_

Prénom & Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Prénom & Nom du père : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Coordonnées de la clinique : \_\_\_\_\_

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_ Choix de l'hôpital : \_\_\_\_\_

Adresse et/ou numéro de tél de la pharmacie si connu : \_\_\_\_\_

**MÉDICATION :** Auto-administration  Administration  Distribution

**REPAS :** Déjeuner  Dîner  Souper

### PERSONNE(S) À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

Prénom & Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Téléphone bureau : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_

Prénom & Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Téléphone bureau : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE AVEC VOTRE DEMANDE D'ADMISSION**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date