# DOSSIER ADMISSION

# Résidence Les Jardins de Monal

**Quelle résidence :**

**N° appartement :**

Monal CHAZEY ☐

Monal PRIAY ☐

Type d'hébergement

- temporaire ☐ Période :
- définitif ☐ Date d'entrée :

Cadre réservé à la résidence

**Etat civil de la personne concernée**

Madame ☐ Monsieur☐

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° sécurité sociale

**Adresse :**

N° voie, rue , boulevard

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe : Portable

Adresse mail :

**Situation familiale**

Célibataire ☐ Vit maritalement ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Veuf ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)☐

Nombre d'enfant

**Coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence 1**

Personne à l'origine de la demande d'hébergement oui ☐ Non ☐

Madame ☐ Monsieur☐

Nom de famille :

Prénom

**Adresse :**

N° voie, rue , boulevard

Code postal : ville :

Téléphone fixe : Portable

Adresse mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

**Coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence 2**

Personne à l'origine de la demande d'hébergement oui ☐ Non ☐

Madame ☐ Monsieur☐

Nom de famille :

Prénom

**Adresse :**

N° voie, rue , boulevard

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe : Portable

Adresse mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

**Coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence 3**

Personne à l'origine de la demande d'hébergement oui ☐ Non ☐

Madame ☐ Monsieur☐

Nom de famille :

Prénom

**Adresse :**

N° voie, rue , boulevard

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe : Portable

Adresse mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

## Aspect santé :

marche seul(e) ☐ en déambulateur (e ) ☐

ne marche pas, est en fauteuil mais se déplace seul (e ) avec ☐

fait -il ou elle ses transferts tout (e )seul (e) oui☐non ☐

à des troubles cognitifs ☐

Passage kiné à prévoir : ☐

Passage infirmier à prévoir : ☐

| LES antécédents médicaux : (diabète…) |
|---|
| |

***Coordonnée du médecin traitant actuel :***

Madame ☐ Monsieur☐

Nom

Prénom

**Adresse :**

N° voie, rue , boulevard

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe : Portable

Adresse mail :

***Coordonnée du cabinet infirmier actuel :***

Madame ☐ Monsieur☐

Nom Prénom

**Adresse :**

N° voie, rue , boulevard

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe : Portable

## Informations complémentaires :

Nom et Prénom du résidant :

**À remplir par le résidant ou et la famille**

# Evénement de la vie du résidant

**Nom et Prénom du résidant :**

Son passé sa famille :

Son parcours professionnel

Ses activités et ses passions :

Ses gouts, ses désirs, Ses peurs :

## Echange d'informations de santé

Conformément au Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Dans le cadre de son autorisation pour les activités suivantes :

**activités qui concourent directement et exclusivement à coordonner et délivrer les services à la personne,**

**assistance aux personnes âgées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux,**

Les résidences « LES JARDINS DE MONAL » échangeront et partageront toute information avec tous professionnels de santé ou autres professionnels des champs social et médico-social et aidants proches, acteurs pour le maintien de l'autonomie de ses clients.

Nom :

Prénom :

Signature précédée de la mention lu et approuvé,

**Procuration signature**

**« documents liés à la réservation et règlement des prestations de fourniture de logement avec services au sein des résidences Monal Sèniors »**

☐ **Je souhaite donner procuration à :** ☐ **Ou je ne souhaite pas donner procuration :**

Je soussigné(e) Madame / Monsieur :

Nom :

Prénom :

né(e) le à

et demeurant à l'adresse :

☐ Résidence seniors les jardins de monal 148 rue du chausset
Lieu dit l'hopital
01150 CHAZEY SUR AIN
Où ☐ Résidence seniors les jardins de monal 55 Allée des peupliers
chemin du Boudre
01160 PRIAY
donne procuration par la présente
à Madame / Monsieur :
Nom : Prénom :

Date de naissance (format jjmmaaaa):

Lieu de naissance :

Mail : Téléphone

et domicilié(e) à

pour signer en
mon nom les documents nécessaires à l'entrée dans la structure les jardins de monal.
ceux-ci sont énumérés dans le livret d'admission.
Il / elle pourra dans le même temps passer tous actes et pièces utiles au bon déroulement des démarches.
Le présent pouvoir est valable à compter du :
Fait à CHAZEY SUR AIN ☐ ou ☐ PRIAY
« Bon pour pouvoir » Signature :

« Lu et accepte le pouvoir » **Signature du mandataire :**