

QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Afin d'organiser votre séjour, nous vous remercions de bien vouloir renseigner le formulaire ci-dessous :

Nom : _____ Né(e) le : _____ A : _____

Nom de naissance :

Prénom :

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél fixe : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Tél mobile : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

E-Mail : _____ @ _____

CONTACTS

Personne à prévenir :

Nom : _____ Prénom : _____

Lien relationnel :

Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____ @ _____

Médecin traitant :

Nom : _____ Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____ @ _____

Référent social

Nom :

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____ @ _____

QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Pharmacie habituelle :

Nom : _____ Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pas de pharmacie habituelle

INFORMATIONS PERSONNELLES

Lieu d'habitation :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Domicile fixe | <input type="checkbox"/> Structure médico-sociale (CHRS...) |
| <input type="checkbox"/> Appartement | <input type="checkbox"/> Maison |
| <input type="checkbox"/> Domicile instable | |
| <input type="checkbox"/> Sans domicile | |

Etages : Oui Non
 Escalier Ascenseur

Logement après le séjour :

Même logement : Oui Non

Autre : joindre une attestation

Situation familiale :

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Vie maritale | <input type="checkbox"/> Veuf(ve) |
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) | <input type="checkbox"/> Enfant(s) |

Profession et situation dans l'emploi :

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Profession : | <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle |
| <input type="checkbox"/> En activité | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Invalidité | |
| <input type="checkbox"/> Chômage | |

Capacités légales :

Mesure de protection : Oui Non

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Curatelle simple | <input type="checkbox"/> Tutelle |
| <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée | <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice |

Adresse du tuteur ou du curateur :

Nom : _____ Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____