



M.R. (MR/152.021.260/AGR) - M.R.S. (S 1137)
N° entreprise: BE0212368137

CANDIDATURE D'ADMISSION A LA RESIDENCE CHASSART
(ce document n'est pas un engagement de la part de la Résidence Chassart)

Candidat(e) à l'admission :

Nom + Prénom :

Adresse :
.....

Date de la demande :

Personne de contact :

Nom + Prénom :

Degré de parenté :

Adresse :
.....

Téléphone : fixe :
GSM :

M.R. (MR/152.021.260/AGR) - M.R.S. (S 1137)
N° entreprise: **BE0212368137**

DONNEES D'ETAT CIVIL

NOM (de jeune fille si mariée ou veuve) :

PRENOMS :

Lieu de naissance (ville + pays si hors Belgique) :

Nationalité :

N° carte d'identité ou titre de séjour :

Date de validité :

Nom du père :

Nom de la mère :

Etat civil : célibataire
 marié(e) à (nom+prénom) le .../.../...
 séparé(e) de (nom+prénom) le .../.../...
 divorcé(e) de (nom+prénom) le .../.../...
 veuf(ve) de (nom+prénom) le .../.../...

Profession avant la pension :

Domicile actuel :

Vit seul(e) : oui non
 Si non, avec qui :

Est : propriétaire
 locataire → montant du loyer mensuel :

ENFANTS :

Nom + Prénoms	Adresse	Profession	Date de naissance	Date de décès	N° tél.
.....
.....
.....
.....
.....
.....

M.R. (MR/152.021.260/AGR) - M.R.S. (S 1137)
N° entreprise: **BE0212368137**

ASSURANCE MALADIE – INVALIDITE compléter ou apposer une vignette

Nom mutuelle :

Adresse :

N° inscription :

Coller une vignette de mutuelle :

REVENUS + SITUATION FINANCIERE

Pension légale : Nom de la caisse :
N° :
Montant mensuel :

Pension complémentaire : Nom de la caisse :
N° :
Montant mensuel :

Autres (à préciser)

Dénomination :
Référence éventuelle
Montant mensuel :

Dénomination :
Référence éventuelle
Montant mensuel :

N° compte bancaire :

N° compte courant postal :

N° livret :

Autres :
.....
.....



M.R. (MR/152.021.260/AGR) - M.R.S. (S 1137)
N° entreprise: BE0212368137

DOSSIER MEDICAL

Nom du médecin traitant :

Adresse :

N° téléphone :

Si un dossier existe dans un hôpital : Coordonnées de l'hôpital :

Nom :

Adresse :

N° téléphone :

Nom du médecin:

Service :

N° téléphone :

Nom du médecin:

Service :

N° téléphone :

Si hospitalisé(e) : Coordonnées de l'hôpital :

Nom :

Adresse :

N° téléphone :

Nom du médecin en charge du dossier :

Service :

N° téléphone :

Nom du médecin en charge du dossier :

Service :

N° téléphone :



M.R. (MR/152.021.260/AGR) - M.R.S. (S 1137)
N° entreprise: BE0212368137

DOCUMENTS A JOINDRE

- Feuille de renseignements médicaux et échelle de Katz dûment complétés par votre médecin traitant (ou par le médecin spécialiste de l'hôpital en cas d'hospitalisation).
- Photocopie de la carte d'identité et/ou titre de séjour

Je déclare, en outre, avoir pris connaissance de la convention d'hébergement et du règlement d'ordre intérieur et accepter de m'y conformer.

Fait à

Date :

Signature :