



Foyer de jour Le Temps Présent - Sion

# Demande d'admission

---

## **1. Données administratives :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Etat civil : \_\_\_\_\_ Nom, prénom du conjoint : \_\_\_\_\_ et date naiss. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_ Confession : \_\_\_\_\_ Langue maternelle : \_\_\_\_\_

Médecin traitant/psychiatre : \_\_\_\_\_

Caisse maladie : \_\_\_\_\_ Pharmacie : \_\_\_\_\_ \*Secteur : \_\_\_\_\_

---

## **2. Référents familiaux :**

Lien (fille, frère,...) : \_\_\_\_\_ Nom-Prénom-Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

## **3. Référent légal :**

Avez-vous un mandataire ou représentant légal ? Oui  Non

Nom-Prénom : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

---

## **4. Référent administratif :**

Les factures et le courrier administratif doivent-ils être envoyés à une tierce personne ? Oui  Non

Nom-Prénom : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

---



# Foyer de jour Le Temps Présent - Sion

## Demande d'admission

### 5. Habitation :

Vit : en appartement  en maison individuelle  propriétaire  locataire

### 6. Entourage :

Vit : seul  avec  : \_\_\_\_\_ Transport aller : \_\_\_\_\_

Animal (aux) domestique(s) : \_\_\_\_\_ CMS : \_\_\_\_\_ retour : \_\_\_\_\_

<u>Soutien actuel</u>	<u>Noms si nécessaire ; fréquence des interventions</u>
Conjoint /famille	
Amis/voisins	
Infirmières	
AF ; AV ; AM	
Autres intervenants	

Inscription dans un home : \_\_\_\_\_ Directives anticipées : \_\_\_\_\_

### 7. Situation financière :

AVS  \_\_\_\_ AI  \_\_\_\_ PC  \_\_\_\_ Allocation pour impotence (API) non  légère  moyenne  grave

Rentes  genre : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

Problèmes financiers signalés par la personne : oui  non  genre : \_\_\_\_\_

### 8. Fréquence d'accueil :

Je souhaite être accueilli(e) au foyer de jour dès le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ jours/semaine

Jours	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Indifférent
Famille						
*FDJ	*	*	*	*	*	

\* \_\_\_\_\_ jours/semaine Dès le : \* \_\_\_\_\_ Réajusté le : \* \_\_\_\_\_

\*Fin de prise en charge dès le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Motif : \* \_\_\_\_\_

\* à remplir par le personnel du foyer de jour

Demande faite par : \* \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

**Formulaire à retourner à :**  
**Foyer de jour Le Temps Présent, Ch. de Gravelone 1, 1950 SION**