

Genève, le

Personne qui fait la demande: Lien:

Nom du foyer (*le foyer est déterminé par le domicile*):

La personne accueillie

Nom: Prénom:

Adresse:

Code postal: Localité:

Étage: Code porte:

Téléphone: Tél. portable:

Situation à domicile: vit seul(e) Autre (*à préciser*):

Date de naissance: État civil: Nationalité:

Entourage, personne(s) à contacter

Nom: Prénom: Lien familial ou autre:

Adresse:

Téléphone fixe: Tél. portable: E-mail:

Personne à contacter pour organiser la journée d'essai:

l'intéressé Autre:

Remarques

Médecin traitant

Nom: Prénom:

Adresse:

Téléphone fixe: Tél. portable: E-mail:

Aide à domicile

Institution: secteur AMD:

Infirmier(ère):

Téléphone: Fax: Tél. portable:

Motif de la demande, objectifs souhaités :

Description générale de la situation, état de santé, autonomie, soutien actuel :