

## FICHE INDIVIDUELLE

DATE D'ENTREE : ..... N° DE LA CHAMBRE : .....  
NOM : ..... PRENOMS : .....  
LIEU DE NAISSANCE : ..... DATE : .....  
N° DE CARTE D'IDENTITE : ..... NATIONALITE : .....  
ETAT CIVIL : ..... RELIGION OU : .....  
LANGUE PARLEE : ..... OPINION PHILOSOPHIQUE : .....  
PROFESSION : .....

---

**DOMICILE ANTERIEUR :** ..... **DOMICILE ACTUEL :** .....  
ADRESSE : ..... ADRESSE : .....  
LOCALITE : ..... LOCALITE : .....  
N° POSTAL : ..... N° POSTAL : .....

---

**PERSONNE RESPONSABLE DU PLACEMENT :**  
NOM & PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
LOCALITE : ..... N° POSTAL : .....  
N° TELEPHONE PRIVE : ..... N° TELEPHONE BUREAU : .....

---

**MEDECIN TRAITANT :**  
NOM : .....  
ADRESSE : .....  
LOCALITE : ..... N° POSTAL : .....  
N° TELEPHONE : .....  
EN CAS DE NECESSITE, TRANSFERT A L'HOPITAL : .....

---

**MEDECIN DE L'ETABLISSEMENT :** OUI — NON

---

**PERSONNE A AVERTIR EN CAS DE NECESSITE :**  
NOM : .....  
ADRESSE : .....  
LOCALITE : ..... N° POSTAL : .....  
N° TELEPHONE PRIVE : ..... N° TELEPHONE BUREAU : .....

---

**AUTRE PERSONNE A AVERTIR EN CAS DE NECESSITE :**  
NOM : .....  
ADRESSE : .....  
LOCALITE : ..... N° POSTAL : .....  
N° TELEPHONE PRIVE : ..... N° TELEPHONE BUREAU : .....

---

**PAIEMENT :**  
RESIDENT : ..... AUTRE PERSONNE : .....  
ADRESSE : .....  
LOCALITE : ..... N° POSTAL : .....  
ORGANISME : .....  
ADRESSE : .....  
LOCALITE : ..... N° POSTAL : .....

---