



Home médicalisé pour personnes âgées

Route de Nendaz 365, 1996 Basse-Nendaz

☎ 027 289 57 00 – E-MAIL mavallee@nendaz.org

Demande d'admission préventive en EMS

Données personnelles

Nom	:	_____	Prénom	:	_____
Date de naissance	:	_____	Confession	:	_____
Adresse, NPA, Lieu	:	_____			
Commune de domicile	:	_____	Depuis le	:	_____
N° de téléphone	:	_____			
Adresse électronique	:	_____	Numéro AVS	:	_____
Prénom époux(se)	:	_____	Nationalité	:	_____
Médecin traitant	:	_____	Pharmacie	:	_____

État civil:

☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e) ☐ célibataire

Type de chambre désirée: ☐ à 1 lit ☐ à 2 lits

Personnes de contact

Personne principale

Nom	:	_____	Prénom	:	_____
Adresse, NPA, Lieu	:	_____			
Tél. privé	:	_____	Tél. mobile	:	_____
Adresse électronique	:	_____			

Lien de parenté:

☐ époux (se) ☐ fils (fille) ☐ représ. légal ☐ autre: _____

Je soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Date : _____ Signature : _____