



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 : _____

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 : _____