



## Formulaire d'inscription

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Noms et prénoms  
des parents \_\_\_\_\_

Adresse de domicile  
actuelle \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Domicile légal \_\_\_\_\_

Lieu d'origine \_\_\_\_\_

N° AVS \_\_\_\_\_

État civil \_\_\_\_\_

Confession \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Prénom et date de naissance du conjoint \_\_\_\_\_

Enfants, autres relations, personnes de confiance (nom, prénom, adresse, n° de tél.,  
adresse e-mail)

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

Personne mandatée (nom, prénom, adresse, n° de tél., adresse e-mail)

\_\_\_\_\_ Tournez svp



Association pour personnes âgées  
nécessitant des soins Bienne-Seeland

Qui gère les affaires financières et autres ? (nom, prénom, adresse, n° de tél., adresse e-mail)

---

Caisse maladie \_\_\_\_\_

N° d'assuré \_\_\_\_\_

Caisse de compensation AVS \_\_\_\_\_

Adresse de votre médecin de famille \_\_\_\_\_

---

---

Quel appartement médicalisé souhaitez-vous intégrer ?

- Bienne, Rue du Wasen 36 (pour les personnes atteintes de démence)
- Bienne, Fröhliberg, Route du Büttenberg 66
- Büren a. Aare, Aarbergstrasse 5
- Gals, Dorfstrasse 7
- Kappelen, Dorfstrasse 27b

Les vacances et les courts séjours sont possibles à partir de trois semaines.

Quand (à peu près) souhaitez-vous intégrer un logement médicalisé de l'Association pour personnes âgées nécessitant des soins ?

---

Raison de votre entrée ?

---

Lieu et date :

Signature :

En nous adressant ce formulaire, vous ne vous engagez pas à intégrer un appartement médicalisé et l'Association pour personnes âgées nécessitant des soins Bienne-Seeland ne s'engage pas à vous accueillir.