



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)



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, Fröhlisberg, Route du Büttenberg 66
- Büren a. Aare, Aarbergstrasse 5
- Gals, Dorfstrasse 7
- Kappelen, Dorfstrasse 27b
- Lyss, Juraweg 1a

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.