

# FICHE SANTÉ

## FOYER D'HÉBERGEMENT

Foyer d'Hébergement  
16 Rue de la Castelle  
65700 CASTELNAU RIVIERE BASSE

Nom : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Mutuelle : ..... N° : .....

Nom et adresse du médecin traitant : .....

.....

Traitement médical :  OUI (*ordonnance à fournir*)  NON

Si oui, nature du traitement : .....

.....

Allergies :  OUI  NON

Si oui, nature des allergies (joindre un certificat médical) : .....

.....

Suivi par un (des) médecin(s) spécialiste(s) :  OUI  NON

Nom(s) et adresse(s) du (des) médecin(s) spécialiste(s) : .....

.....

Groupe sanguin : (fournir une copie de la carte de groupe sanguin) : .....

Informations complémentaires : .....

Vigilance particulière (prescription alimentaire, alimentation mixée, hachée, mémoire, angoisses nocturnes...) : .....

Coordonnées du représentant légal : .....

.....

Personnes à contacter en cas d'urgence, noms et coordonnées : .....

.....

Fait à ....., le .....

**Signature Personne accueillie / Représentant légal**