

## FICHE INDIVIDUELLE

## PHOTO

### INFORMATIONS GENERALES

Nom :	Prénom :	Date entrée :	Date sortie :
Date naissance :	Lieu naissance :	Tél Portable :	
Groupe sanguin :	Religion :	Nationalité :	
Crte Identité :	Passeport :	Titre de séjour :	
No	No	No	
Date	Date	Date	

### PLACEMENT

Nature :	Date mesure :	Département payeur :	
Personne contact :	Tél :	Fax :	Adresse
Comptabilité :			

*PARTENAIRES*

NOM	ADRESSE	Tél	Port
Juge			
Inspecteur			
Référent			
Thérapeute			
Autre			

*SECURITE SOCIALE, CMU, CAF, ASSURANCES, MEDECIN*

Assu soc :	No :	Adresse :	
Médecin :	Tél :	Assurance :	

## INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Parents : Mariés

Divorcés

Père décédé  Vivant à l'étranger  Pays :

Mère décédée  Vivant à l'étranger

NOM	ADRESSE	Tél	Port
Père			
Mère			
Beau Père			
Belle Mère			
Frère			
Sœur			
Autre			

BANQUE

NOM :

DATE OUVERTURE :

NUMERO :

SCOLARITE, TRAVAIL, LOISIRS

ETABLISSEMENT/ EMPLOYEUR/STRUCTURE	ADRESSE	Tél	Port

COPAINS, COPINES

NOM	ADRESSE	Tél	Port

A SON ARRIVEE

OBJETS :

VETEMENTS :

CARNET DE SANTE : Oui Non

TRAITEMENT :

CONTRE INDICATION MEDICALE :