

DÉPARTEMENT DU VAR



Saint-Maximin
la-Sainte-Baume

MAIRIE DE
SAINT-MAXIMIN
LA-SAINTE-BAUME

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté - Égalité - Fraternité

RÉSIDENCE L'ESPÉRIÈRE ***DOSSIER D'ADMISSION***

Nom :
Prénom :
Date de dépôt du dossier :
Cachet de l'établissement :

ÉTAT CIVIL

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance : Département :

LIEU D'HABITATION

Résidence l'Espériere
135 Quartier des Anges
83470 Saint-Maximin-la-Sainte-Baume
Tél : 04 94 78 13 94
Email : esperiere@st-maximin.fr

DÉPARTEMENT DU VAR



Saint-Maximin
la-Sainte-Baume

MAIRIE DE
SAINT-MAXIMIN
LA-SAINTE-BAUME

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté - Égalité - Fraternité

Adresse :

Code postal : Commune :

N° de téléphone fixe : Mobile :

SITUATION FAMILIALE

marié(e)/en couple Célibataire Veuf (veuve) divorcé(e)/séparé(e)

La personne concernée vit :

seul(e) avec le conjoint avec les enfants
 à son domicile chez des proches
 sans aide avec aide : précisez

TYPE D'HÉBERGEMENT SOLLICITE

permanent non permanent
 temporaire du au

DATE D'ENTRÉE EN ETABLISSEMENT SOUHAITÉE

le plus tôt possible dans l'année

RAISONS DE L'INSCRIPTION

choix de vie
 épuisement de l'entourage, perte de soutien familial
 isolement, insécurité, lien social
 inadaptation du logement

Résidence l'Espériere
135 Quartier des Anges
83470 Saint-Maximin-la-Sainte-Baume
Tél : 04 94 78 13 94
Email : esperiere@st-maximin.fr

DÉPARTEMENT DU VAR



Saint-Maximin
la-Sainte-Baume

MAIRIE DE
SAINT-MAXIMIN
LA-SAINTE-BAUME

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté - Égalité - Fraternité

rapprochement familial

autre motif (précisez).....

DEMANDE D'INSCRIPTION

faite par : la personne concernée la famille

la tierce personne
(nom et qualité)

.....
.

La personne concernée :

est informée de son inscription en institution : oui non

est d'accord d'entrer en établissement : oui non

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

Code Postal : Commune

Téléphone :

SECURITÉ SOCIALE

N° de sécurité sociale : _ _ _ _ _

Caisse d'assurance maladie :

Adresse de la caisse :

Complémentaire santé/mutuelle : oui non

Si oui, nom et adresse de l'organisme :

.....

La personne bénéficie de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) :

Résidence l'Espériere

135 Quartier des Anges
83470 Saint-Maximin-la-Sainte-Baume
Tél : 04 94 78 13 94

Email : esperiere@st-maximin.fr



non oui demande en cours

La personne bénéficie d'une aide personnalisée au logement :

non oui

PROTECTION JURIDIQUE

La personne bénéficie d'une protection juridique :

non demande en cours

oui :

tutelle curateur sauvegarde de justice mandat de protection future

tuteur, curateur ou mandataire : nom :

Téléphone :

RESSOURCES

La personne dispose de ressources mensuelles (montant en euros) :

La personne envisage de :

assurer le paiement du loyer

solliciter l'aide de ses enfants

autres (precisez)

PERSONNES A CONTACTER (la première citée est le référent)

Nom Prénom.....

Adresse

Code postale Commune.....

N° de téléphone fixe Mobile.....

Courriel

Lien de parenté ou qualité

Résidence l'Espériere

135 Quartier des Anges

83470 Saint-Maximin-la-Sainte-Baume

Tél : 04 94 78 13 94

Email : esperiere@st-maximin.fr

DÉPARTEMENT DU VAR



Saint-Maximin
la-Sainte-Baume

MAIRIE DE
SAINT-MAXIMIN
LA-SAINTE-BAUME

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté - Égalité - Fraternité

Nom Prénom.....
Adresse
Code postale Commune.....
N° de téléphone fixe Mobile.....
Courriel
Lien de parenté ou qualité

LES ENFANTS (Nombre et coordonnées)

Nom Prénom.....
Adresse
Code postale Commune.....
N° de téléphone fixe Mobile.....
Courriel

Nom Prénom.....
Adresse
Code postale Commune.....
N° de téléphone fixe Mobile.....
Courriel

Nom Prénom.....
Adresse
Code postale Commune.....
N° de téléphone fixe Mobile.....
Courriel

Nom Prénom.....
Adresse
Code postale Commune.....
N° de téléphone fixe Mobile.....
Courriel

Résidence l'Espériere
135 Quartier des Anges
83470 Saint-Maximin-la-Sainte-Baume
Tél : 04 94 78 13 94
Email : esperiere@st-maximin.fr