

DEMANDE D'INSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS STRICTEMENT CONFIDENTIELS

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Etat Civil : Prénom du conjoint :

Confession :

Origine : Nationalité :

A Genève depuis :

Domicile : Rue et N° :

N° Postal et Localité :

N° de Téléphone :

Actuellement à :

.....

PERSONNES A CONTACTER LORS DE L'ADMISSION :

Nom :

Adresse complète :

.....

N° de téléphones : Privé : Prof : Portable :

Adresse Email :

MEDECIN TRAITANT :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

Nom de la Caisse Maladie :

N° d'assuré :

Nom de la Caisse de Compensation :

N° A.V.S. :

2^{ème} pilier : OUI / NON Si OUI, Nom de la Caisse :

3^{ème} pilier : OUI / NON Si OUI, Nom de la Caisse :

Propriétés immobilières : OUI / NON

Etes-vous bénéficiaire des prestations complémentaires du SPC (Service des Prestations Complémentaires) OUI / NON Si OUI, N° :

Si NON, merci de faire une demande pour étudier votre situation à votre domicile

INSCRIPTION :

Demande faite par :

Date et lieu : Signature du résidant ou de son répondant

.....

.....