

Date de réception du dossier :

N° dossier :



DOSSIER D'INSCRIPTION SSIAD DU FAUCIGNY

SSIAD du Faucigny

BP 501
74305 cluses cedex
04 50 98 94 11

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Situation familiale :

célibataire marié veuf divorcé

Nombres d'enfants : Coordonnées à remplir ci dessous

Nom/prénom	Adresse	Téléphone

Personne référente :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Services et /ou passages d'intervenants libéraux à ce jour :

Matériel déjà en place (lit médicalisé, fauteuil roulant)

Motivation de votre demande :

Important :

Pour pouvoir traiter votre demande, veuillez joindre les documents suivants :

- **une prescription médicale circonstanciée concernant la demande d'intervention du SSIAD**
- *une photocopie de votre dernière ordonnance*
- *une photocopie de votre attestation de sécurité sociale*
- *une photocopie recto-verso carte nationale d'identité ou carte de séjour*

Date et signatures

