

EMS de Bienne, case postale, 2501 Bienne

Rue du Marché-Neuf 33, 2503 Bienne  
032 326 19 88  
centredaccueil@biel-bienne.ch  
www.biel-bienne.ch

## Inscription au Centre d'accueil temporaire

Institution / Personne assignant \_\_\_\_\_

### Données personnelles

Nom / prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

NPA, Lieu \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Langue \_\_\_\_\_

N° AVS \_\_\_\_\_

**Personne de contact** \_\_\_\_\_

Tél. pers. de contact \_\_\_\_\_

**Caisse maladie** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

NPA, Lieu \_\_\_\_\_

N° d'assuré \_\_\_\_\_

**Médecin resp.** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

NPA, Lieu \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

**Raison de l'inscription /  
diagnostic** \_\_\_\_\_

**Fauteuil roulant**

Oui  Non

**Régime** \_\_\_\_\_

**Liste des médicaments** \_\_\_\_\_

matin  midi  soir

matin  midi  soir

matin  midi  soir

**Ergothérapie**

Entraînement ménager

Thérapie individuelle

Détermination des moyens auxiliaires

Activités de groupe

**Fréquentation du centre  
dès le** \_\_\_\_\_

**Nbre de jours par  
semaine**

1  2  3

**Jours préférés**

Lu  Ma  Me  Je  Ve

**Transport**

autonome  avec service de transport

**Date / Signature** \_\_\_\_\_