

LES AMI(E)S DU MANOIR ST-JOSEPH / DEMANDE DE RÉSIDENCE

Nom : _____

Adresse : _____ No. de tél. _____

D.D.N. : _____ Lieu de naissance : _____

Célibataire marié (e) veuf (ve)

Prénom de votre père : _____ Nom de fille de votre mère : _____

No. d'ass. mal. : _____ Date d'expiration _____

Raison du départ de votre adresse actuelle : _____

Date souhaitée du logement : _____ Type de logement recherché : _____

Contact en cas d'urgence : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____ No. de tél. : _____

Procuration bancaire : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____ No. de tél. : _____

Médecin : _____ No. de tél. : _____

Est-ce que vous fumez ? Oui Non

VOTRE SANTÉ

Yeux : Bon Moyen Lunettes Oeil artificiel Verres de contact

Ouïe : Bon Moyen Difficulté à entendre Oreille gauche Oreille droite

Appareil auditif : Oreille gauche Oreille droite

Dentier : Supérieur Inférieur Partiel

Mobile : Seul Canne Marchette Fauteuil roulant Avec de l'aide

Diète : _____ **Aliments qui vous déplaisent :** _____

Allergies : _____

Médicaments : _____

Avez-vous été hospitalisé(e) depuis un an : oui non **Si oui, la date :** _____

Donnez la raison d'hospitalisation et la durée : _____

MALADIES ET INVALIDITÉS CHRONIQUES : (veuillez cocher)

Diabète : Contrôlé par : diète Médicament oral : Insuline :

Avez-vous besoin de l'aide avec vos injections : oui non Hypertension : Trouble cardiaque

Artériosclérose Emphysème Asthme Bronchite chronique Arthrite

Autres troubles de santé : _____

Clubs, loisirs, intérêts : _____

Une fois accepté au manoir, vous devez fournir votre certificat de naissance détaillé.

Signature : _____ **Date :** _____

(Vous pouvez retourner la demande complétée au CP 609, 24 rue Reid à Campbell's Bay, Québec)