

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

A remplir par le patient s'il le souhaite
et à remettre au Service EVASAN de la CPS – Cellule Sociale

| | | |
|---|-------------------------------------|---|
| M | DN : | |
| Passeport n° | Date validité : | |
| Pour un départ le. | vol n° | à destination de : |
| Souhaite le soutien de l'association A TAUTURU IA NA <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas | | |
| Si Oui, pour des informations complémentaires, se mettre en rapport avec l'Association | | |
| TEL: 43 60 10 FAX: 58 27 53 | | |
| Parle Français : | <input type="checkbox"/> couramment | <input type="checkbox"/> moyennement <input type="checkbox"/> pas du tout |
| Parle Anglais : | <input type="checkbox"/> couramment | <input type="checkbox"/> moyennement <input type="checkbox"/> pas du tout |
| Confession religieuse(facultatif) : | | |
| MEMBRE REFERENT DE LA FAMILLE EN POLYNESIE | | |
| Nom : | épouse : | |
| Prénom : | dit : | |
| Lien de parenté avec le malade : | | |
| Adresse géographique : | | |
| Adresse postale : | | |
| N° Téléphone : | Fax : | |
| FAMILLE D'ACCUEIL EN METROPOLE OU EN NOUVELLE-ZELANDE | | |
| Nom : | épouse : | |
| Prénom : | dit : | |
| Lien de parenté avec le malade : | | |
| Adresse géographique : | | |
| Adresse postale : | | |
| N° Téléphone : | Fax : | |
| ACCOMPAGNATEUR FAMILIAL | <input type="checkbox"/> Agréé | <input type="checkbox"/> Non agréé |
| Nom : | épouse : | |
| Prénom : | dit : | |
| Lien de parenté avec le malade : | | |
| Adresse envisagée : | | |
| N° Téléphone : | Fax : | |

Signature