

CHOIX DES PRESTATAIRES

NOM du résident : Prénom(s) :

↳ Médecin référent du parcours de santé choisi dans la liste des médecins intervenants :

NOM : Prénom :

Adresse :

N° de tél : N° de portable :

↳ Etablissement souhaité en cas d'hospitalisation :

NOM :

Adresse :

..... N° de tél :

↳ Pompes funèbres choisies :

NOM :

Adresse :

..... N° de tél :

Contrat Obsèques : oui non

Pour les prestataires suivants, avez-vous une préférence :

↳ Ambulancier : oui non

Si oui,

NOM :

Adresse :

..... N° de tél :

↳ **Kinésithérapeute :** oui non

Si oui,

NOM :

Adresse :

..... N° de tél :

↳ **Podologue / pédicure :** oui non

Si oui,

NOM :

Adresse :

..... N° de tél :

↳ **Laboratoire d'analyses :** oui non

Si oui,

NOM :

Adresse :

..... N° de tél :

↳ **Pharmacie :** oui non

Si oui,

NOM :

Adresse :

..... N° de tél :

↳ **En cas de tutelle ou d'assistance familiale : destinataire du courrier :**

NOM : Prénom :

Adresse :

..... N° de tél :

Fait le : / / à

**Signature du résident ou de
son représentant légal :**