



**FORMULAIRE  
DEMANDE D'INSCRIPTION**

N° document : 300-01  
Classeur : FOR  
Version : 3  
Page : 1/1

Genève le .....

Concerne Mme, M. : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....



: .....

Actuellement :  à son domicile

à l'hôpital des Trois-Chênes

à l'hôpital Cantonal

autres

Médecin traitant : .....

Adresse : .....



: .....

Personne de référence : .....

Adresse : .....



: .....

*EMS La Terrassière  
Rue de la Terrassière 7  
1207 Genève*

*Téléphone 022 718 62 00*

*Fax 022 718 62 82*

*e-mail: info@ems-laterrassiere.ch*

*site web www.ems-laterrassiere.ch*

Rédaction: FN/CR/CG  
Responsable : RDL

Validation: SD/RDL

Date de validation: 5.03.2008  
Date de mise à jour: 15.03.2021

P:\QUALITE\3-REALISATION\300-Accueil d'un résidant\300-01 Formulaire demande d'inscription.docx