



Fiche de demande d'admission

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / / à :

Téléphone :

Adresse personnelle :

.....

Coordonnées du médecin traitant :

.....

Motif de la demande de prise en charge en réhabilitation psychosociale :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature :

Document à renvoyer :

- à l'adresse suivante : CH Vaclaire, PSRD, 24 700 MONTPON-MENESTEROL

OU

- par mail : rehabilitation24@ch-montpon.fr