

Formulaire de demande de prise en charge

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>				
Code postale/Localité	<input type="text"/>				
Date de naissance	<input type="text"/>	N° AVS	<input type="text"/>		
N° de téléphone	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>		
Assurance maladie	<input type="text"/>	N° d'assuré	<input type="text"/>		
Institution de résidence	<input type="text"/>				
Adresse	<input type="text"/>				
Code postale/Localité	<input type="text"/>				
Adresse légal	<input type="checkbox"/>	Long séjour	<input type="checkbox"/>	Court séjour	<input type="checkbox"/>
Aut res remarques					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					