

- 1 feuille de non imposition
- 1 double de déclaration des revenus
- Carte de sécurité sociale + mutuelle

**REFUGE PROTESTANT**  
**20, rue St Jacques – 81200 MAZAMET**  
 Tél. 05.63.97.72.00

**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**REMISE DES CLES LE :**  
**ENTREE LE :**  
**SECTEUR :**  
**N° :**

**1- DEMANDEUR**

**NOM** (indiquer le nom de naissance suivi, s'il y a lieu, du nom d'épouse) .....

**PRENOMS** (souligner le prénom usuel) .....

**NE(E) le** ..... A .....

**DOMICILIE(E) :** .....

**N° TELEPHONE :** ..... **PROFESSION ANTERIEURE** .....

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  Vie Maritale

- **N° SECURITE SOCIALE** ..... Adresse : .....
- **N° MUTUELLE** ..... Adresse : .....
- **ALD**  **PENSION INVALIDITE**  **ARTICLE 115**  **PENSION MILITAIRE**

<b>CARTE VITALE</b>	<b>COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE</b>
Remise le : .....	CMU de base.....
Dernière mise à jour .....	CMU Complémentaire.....
<input type="checkbox"/> Absente du dossier	du..... Au .....
Droits ouverts à compter du .....	<b>y a-t-il une demande en cours</b>
Date de fin des droits.....	<b>D'APA</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
100 % du.....au.....	<b>Curatelle</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	<b>Tutelle</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**2 - PERSONNE DE CONFIANCE : (une seule personne)**

Nom Prénom	Domicilié(e)	Tél. Domicile	Tél portable

**3 - COMPLEMENTS :**

**Religion :**  Protestante     Catholique     Musulman     Autres

**Livret de famille :**  
 Au bureau des entrées     Gardé par la famille

**Contrat d'obsèques :**    Oui     Non

**En cas de décès :**  
 Ne pas prévenir la nuit     Prévenir à tout heure   
 Prévenir un membre du culte (pour dernier sacrement)

**Dépôt du corps :**

		<b>Dernières volontés</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Domicile	<input type="checkbox"/>	Inhumation avec rituel religieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funérarium	<input type="checkbox"/>	Incineration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgue Refuge	<input type="checkbox"/>	Don du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec vêtements	<input type="checkbox"/>			

**4 - CAISSES DE RETRAITE :**

Dénomination	N° Adhérent	Adresse	Tél

--	--	--	--

**5 - PERSONNES A PREVENIR :**

NOM PRENOM (lien)	Domicilié(e)	Tél. Domicile	Tél portable

<b>MEDECIN TRAITANT</b> :	.....	tél. :	.....
<b>TUTEUR / CURATEUR</b> :	.....	tél. :	.....
<b>KINESITHEPEUTE</b> :	.....	tél. :	.....
<b>PEDICURE</b> :	.....	tél. :	.....
<b>AMBULANCE</b> :	.....	tél. :	.....
<b>COIFFEUSE</b> :	.....	tél. :	.....
<b>DENTISTE</b> :	.....	tél. :	.....
<b>LABORATOIRE</b> :	.....	tél. :	.....
<b>IDE LIBERAL</b> :	.....	tél. :	.....
<b>SOIN A DOMICILE</b> :	.....	tél. :	.....
<b>OXYGENOTHERAPIE</b> :	.....	tél. :	.....
<b>SPECIALISTE</b> :	.....	tél. :	.....
<b>AUTRES</b> :	.....	tél. :	.....

**6 - PARTICULARITES :** (exemple préférence pour l'hospitalisation : clinique du Sidobre, CHIC...)

**7 - PIECES A FOURNIR :**

- Pièces justificatives concernant les retraites
- RIB
- La photocopie du livret de famille