



Unité Méditerranéenne de Nutrition

Soins de Suite et de Réadaptation (hospitalisation de jour enfants, adolescents et adultes)
Pavillon 7 – 4^{ème} étage - Hôpital Sainte Marguerite
270 Boulevard de Sainte-Marguerite - 13274 Marseille cedex 9
Tél. : 04 91 20 37 30 – Email : contact@umn-marseille.fr

FORMULAIRE ADMINISTRATIF ADULTE
(A renseigner par le patient)

◆ Identité du patient :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : M F

Situation familiale : Célibataire Divorcé(e) Marié(e) Pacsé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants :

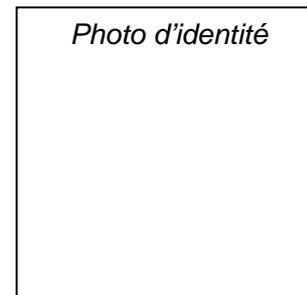
Profession :

Nationalité :

Adresse actuelle :

Ville : Code postal :

Téléphone domicile : Téléphone portable :



◆ Prise en charge :

Numéro Sécurité Sociale :

Caisse d'Assurance maladie :

Adresse :

Mutuelle : N° d'Adhérent :

Adresse :

Téléphone :

◆ Informations générales :

Personne à prévenir : Lien de parenté :

Adresse :

..... Téléphone :

◆ Mesures de protection :

Curatelle Tutelle En cours

Nom et coordonnées de la personne ou du service en charge de la mesure :

..... Téléphone :

Suivi social : OUI NON Si oui, nom et coordonnées du référent :

..... Téléphone :

Fait à :, le :/...../.....

Signature :

RAPPEL :

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE