

Je, soussigné : \_\_\_\_\_ agissant en ma qualité de : *degré de parenté ou de relation*

Nom : \_\_\_\_\_  Père

Prénom : \_\_\_\_\_  Mère

date de naissance : \_\_\_\_\_  Tuteur à la personne

Adresse : \_\_\_\_\_  Conjoint (e)

\_\_\_\_\_

Code Postal :      Ville : \_\_\_\_\_  *Autre lien de parenté*

\_\_\_\_\_  *Autres cas*

déclare, sous ma responsabilité pleine et entière, avoir écrit de ma main, conformément à la loi, la présente demande par laquelle je sollicite l'admission au centre hospitalier "le Mas Careiron" de la personne désignée ci-dessous, dont j'atteste l'individualité :

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

date de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal :      Ville : \_\_\_\_\_

Situation de famille du  Célibataire  Veuf(ve)  Divorcé

patient :  Marié  Pacsé  Union libre

Je certifie ne pas être parent ou allié au quatrième degré inclusivement de(s) médecin(s) signataire(s) des certificats de demande d'hospitalisation. De plus, :

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

n'est ni parent ni allié au quatrième degré inclusivement de(s) médecin(s) signataire(s) des certificats de demande d'hospitalisation et du directeur de l'établissement.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_  
*Date du jour de l'admission en H.D.T.*

Signature :

**Joindre obligatoirement :**  
*Copie de la pièce d'identité*  
*- Du demandeur*  
*- Du patient*  
*Copie du jugement de tutelle d'état*

**Pièces d'identité acceptées :**  
*Carte d'identité*  
*extrait acte de naissance*  
*livret de famille*  
*passport*  
*permis de conduire*