

Fiche annexe au CONTRAT de SEJOUR :

Choix de la Personne de Confiance Choix de la Personne Référente

F.A.M
Foyer d'Accueil
Médicalisé

F.V
Foyer de Vie

E.H.P.H.S.A.D
Etablissement d'
Hébergement pour
Personnes
Handicapées
Sensorielles,
Agées
Dépendantes

Je soussigné(e)

Déclare que suite à mon admission à l'EHPHSAD le :

J'ai choisi en tant que Personne de Confiance :

Coordonnées (adresse et téléphone) :

J'ai choisi en tant que Personne Référente (dont le rôle sera de faire le lien entre l'Institution et la famille et/ou les amis de la personne accueillie) :

Coordonnées (adresse et téléphone) :

Fait à

Le :

Signature :