

## Fiche annexe au CONTRAT de SEJOUR :

### Choix du médecin traitant

**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 médecin traitant (cocher la case de votre choix) :

Le Docteur Jean-Michel BOISSON, médecin généraliste et coordonnateur EHPHSAD

dont voici les coordonnées : ASSOCIATION LARNAY SAGESSE – 5 Rue Charles Chaubier de  
Larnay – 86580 BIARD

☎ : 05.49.58.46.99

ou

Le Docteur : NOM-Prénom .....

Dont voici les coordonnées : .....

.....

☎

Fait à

Le :

Signature :