



INFORMATIONS

Veillez mentionner :

LA LISTE DES ENFANTS

(Ou des frères et sœurs avec les adresses pour les personnes célibataires)

Nom	Prénom	N° téléphone	Domicile	Lien de parenté

LE NOM DU MEDECIN TRAITANT

Dr.....

LE NOM DES MEDECINS SPECIALISTES qui ont l'habitude de suivre l'état de santé du résident

Tournez la page SVP



VOLONTES EN CAS DE DECES

Je soussigné(e),

Né(e) leà.....

Résidant à l'EHPAD Le Jardin des Aînés 34190 GANGES depuis le.....

Ayant souscrit un contrat d'obsèques : oui non

Si oui N° du contrat :

Demande que mes volontés ci-après soient respectées :

Avant le décès :Recevoir un ministre du culte oui non

Nom éventuel :

Coordonnées :

Recevoir les derniers sacrements oui non Après le décès :

-Société de pompes funèbres.....

Coordonnées téléphoniques :.....

-Tenue vestimentaire.....

-Lieu de repos du corps.....

-Cérémonie religieuse : oui non

-Si oui, lieu :.....

-Religion : catholique protestant autre à préciser-Transfert du corps avant mise en bière : oui non -Incinération : oui non -inhumation : oui non

-Si oui, lieu.....

Dons d'organes : oui non

-Si oui, le(s)quel(s).....

Remarques particulières :.....

.....

Fait à, le.....

Le Résident ou son représentant légal

Fait en double exemplaire :

1 original pour l'établissement

1 copie pour le signataire