**FICHE MÉDICALE**

**(A compléter par le médecin traitant)** FICHE N° 2

 **DATE D’INSCRIPTION**

**NOM : Prénom :**

**Date et lieu de naissance :**

**Adresse  actuelle du résident:**

**Tél. :**

**Numéro de Sécurité Sociale :**

NOM et coordonnées du médecin traitant :

NOM et coordonnées du psychiatre traitant :

Coordonnées de la Famille :

**1 – NATURE DU HANDICAP** :

Troubles associés :