EHPAD D'ARGONNE
Clermont Montfaucon Varennes

**Siège Social** :
10 Rue Thiers
55120 Clermont en Argonne
**Tél** : 03.29.87.41.44
**Fax** : 03.29.88.43.93

**Site de Montfaucon**
3 Place du Général Pershing
55270 Montfaucon
**Tél** : 03.29.85.19.79
**Fax** : 03.29.85.12.69

**Site de Varennes** :
2 route de Cheppy
55270 Varennes en Argonne
**Tél** : 03.29.87.41.44
**Fax** : 03.29.88.43.93

Site internet : http://ehpardargonne.com @ contact@ehpardargonne.fr

# *RENSEIGNEMENTS DIVERS*

NOM et Prénom : ……

NOM de jeune fille : ……..……

Nombre d'enfant(s) : …… Ancien combattant : Oui ❒ Non ❒

Nom et Prénom du conjoint(e) (même décédé(e)) : ----------

Dernière profession exercée : ----------

Numéro de sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Organisme de Sécurité Sociale : ----------

Mutuelle : ----------

# *PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HEBERGEMENT*

L'intéressé(e) ou ses débiteurs alimentaires sont-ils en mesure et s'engagent-ils à régler les frais d'hébergement ?

Si OUI ❒ compléter l'engagement de paiement ci-joint
Si NON ❒ s'adresser au bureau d'accueil

**Coordonnées des enfants :**

| Nom et Prénom | Adresse complète | N° de téléphone |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |