



DESIGNATION DES PRESTATAIRES EXTERIEURS

JE SOUSSIGNE(E) (Nom du Résident ou Représentant légal) : _____

Désigne les prestataires suivants : (1 choix possible par catégorie)

<p><u>KINESITHERAPEUTES</u> : (STENAY)</p> <p><input type="checkbox"/> BASTIN Jean-Marc 03 29 80 49 49 <input type="checkbox"/> PRUDHOMME Stéphanie 03 29 86 31 42 <input type="checkbox"/> HENRIOT Benjamin 07.88.84.92.56 Autre :</p>	<p><u>ORTHOPHONISTES</u> : (STENAY)</p> <p><input type="checkbox"/> CAILLET-GIPEAUX Clotilde 03 29 80 48 77 <input type="checkbox"/> EVRARD Martine 03 29 80 38 18 Autre :</p>
<p><u>OPHTALMOLOGISTES</u> : (STENAY)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p><u>PODOLOGUES</u> : (STENAY)</p> <p><input type="checkbox"/> HERMENT Christophe 03 29 80 45 73 Autre :</p>
<p><u>DENTISTES</u> : (STENAY)</p> <p><input type="checkbox"/> AUTIER Franck 03 29 80 32 48 (Non accessible aux personnes à mobilité réduite) <input type="checkbox"/> CLAUDEL Corentin 03.29.88.87.16 Ou 06.27.20.46.26 Ou https://www.maiia.com/chirurgien-dentiste/55700-STENAY Autre :</p>	<p><u>COIFFEURS à DOMICILE</u> : (STENAY)</p> <p><input type="checkbox"/> BASTON Anne 03 29 80 49 29 <input type="checkbox"/> DYNAMIC COIFFURE 03 29 80 32 45 <input type="checkbox"/> ESTELLE COIFFURE 06.70.52.66.81 (pas de coloration) <input type="checkbox"/> LOLLIER Sabine 03 29 80 46 77 <input type="checkbox"/> TESSIER Virginie 06 16 42 17 81 Autre :</p>
<p><u>POMPES FUNEBRES</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> ETS VASSART CLAUDEL à STENAY 03 29 80 32 30 Contrat : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> ETS ERNSTBERGER à MONTMEDY 03 29 80 11 31 Contrat : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Autre :</p> <p>Contrat : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	
<p><u>Conduite à tenir en cas d'urgence LA NUIT :</u> Souhaitez-vous que l'EHPAD prévienne votre personne de confiance/personne référente En cas d'hospitalisation : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> En cas de décès : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Nom de la personne à prévenir :</p>	

Date et signature :