MAISON DES FAMILLES DE FRANCHE COMTE (MDF)
HERGEMENT TEMPORAIRE NON MEDICALISE
RESERVATION

Identification

- ***Du bénéficiaire***

NOM **Prénom** **âge :**

Adresse

- ✓ **postale :**
- ✓ **Mail :**
- ✓ **Téléphone :**

N° de sécurité sociale :

- ***De l'accompagnant éventuel : Oui*** ☐ ***Non*** ☐

NOM : **Prénom**

Prescription

- ***médecin prescripteur :***
- ***service :***
- ***nombre de nuitées prescrites :***

Séjour

1° nuitée : **dernière nuitée :**

Heure prévisible d'arrivée 1° nuitée (18h au plus tard):

Restauration

Prendrez- vous vos repas à la MDF ? ***Oui*** ☐ ***Non*** ☐

Avez-vous une allergie alimentaire ? **laquelle ?**

SI accompagnant prendra-t-il son repas le 1° soir : ***Oui*** ☐ ***Non*** ☐

Remarques complémentaires :

Important

A votre arrivée vous devrez vous présenter à l'accueil et remettre :

- **votre prescription médicale**
- **le formulaire de consentement signé**

Vous pouvez également les joindre à la présente réservation

En cas d'imprévu merci de prévenir la plus tôt possible la MDF au 03 81 88 06 66 ou mdf.25(@orange.fr

Merci