



Séjour de repos

Vos coordonnées

Nom et prénom	
Adresse	
Numéro de registre national	
Adresse e-mail	

A compléter par le membre ou son responsable

1) Durée du séjour de repos

Nom et commune de l'établissement : _____

N° d'agrément INAMI : _____ (s'il s'agit d'une maison de repos)

Période de séjour souhaitée : du ___/___/_____ au ___/___/_____ = _____ nuits

Le séjour aura lieu du ___/___/_____ au ___/___/_____

Déclaration sur l'honneur (à compléter par le membre)

Je, soussigné, déclare par la présente :

- Souffrir d'une maladie chronique : _____ (nom de la maladie)
- Ne pas avoir besoin de soins ou de pansements constants et d'être autonome
- Ne pas souffrir d'une affection contagieuse

Fait le ___/___/_____

Nom et signature :