

**Etablissement d'hébergement
pour personnes âgées
du Tarn et Garonne**

NOM :

Prénom :

Service d'admission :
.....

CHOIX DES INTERVENANTS EXTERIEURS

(A remplir par la famille)

➤ MEDECIN TRAITANT :

➤ LIEU D'HOSPITALISATION :

➤ KINESITHEREPEUTE :

➤ DENTISTE :

➤ OPHTAMOLOGISTE :

➤ AMBULANCE :

➤ PRESTATAIRE DE SERVICE :

➤ PEDICURE :

➤ COIFFEUR :

Fait le

Signature

Rappel ces prestations sont à la charge des familles