



Nom et adresse de la structure habilitée : _____

Code N°:

Identification du patient	Date de naissance	Date d'entrée	Secteur Repos-Convalescence	Secteur Médical	GIR	Pathologies justifiant l'admission	Prescriptions médicales	Date de sortie	Motif de sortie
Nom : Prénom : NNI									
Nom : Prénom : NNI									
Nom : Prénom : NNI									

Fait le : _____

Signature

Nom et Fonction : _____