

COORDONNEES UTILES

MESURES (art.)

N° de dossier :

Si PLAFA, adresse de placement :

COORDONNEES DES ACTEURS DE SOUTIEN

L'ASSESEUR

Téléphone :

Mail :

LA JUSTICE DE PAIX

Adresse utile : www.vd.ch/curatelles

LE BAC

Ch. de Mornex 32
1014 Lausanne
Tél. +41 21 316 67 33

Rue des Moulins 32
1400 Yverdon-les-Bains
Tél. +41 21 316 67 33

Adresse utile : www.vd.ch/bac

LE CURATEUR

Nom / Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

COORDONNEES DE LA PERSONNE SOUS CURATELLE

Titre :
Nom / Prénom :
Date de naissance : **Etat civil :**
Adresse :
Nationalité : **Origine :**
Date décès :
Filiation :
Téléphone : **Mail :**

COORDONNEES UTILES DE TIERS EN FONCTION D'UNE SITUATION

	Identité (nom et prénom)	Adresse et téléphone	Lien avec la personne	Situation
1.			<input type="checkbox"/> Famille (préciser) <input type="checkbox"/> Proche <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Soutien* <input type="checkbox"/> Autre
2.			<input type="checkbox"/> Famille (préciser) <input type="checkbox"/> Proche <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Soutien* <input type="checkbox"/> Autre
3.			<input type="checkbox"/> Famille (préciser) <input type="checkbox"/> Proche <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Soutien* <input type="checkbox"/> Autre
4.			<input type="checkbox"/> Famille (préciser) <input type="checkbox"/> Proche <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Soutien* <input type="checkbox"/> Autre
5.			<input type="checkbox"/> Famille (préciser) <input type="checkbox"/> Proche <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Soutien* <input type="checkbox"/> Autre