

Centre d'hébergement spécialisé pour les malades sans gravité – Région Centre-Val de Loire

Demande d'admission

À retourner à **chs.region.centre@imanis.fr**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Consultation médecin de ville oui non

Appel centre 15 oui non

Date du test PCR : ___ / ___ / ___

Traitement en cours : oui non

Si oui, précisez :

Présence d'un animal : oui non

Addiction : oui non

Si oui, la/lesquelle(s) :

Langues parlées :

Nom de la structure d'hébergement :

Nom d'un contact sur site :

Téléphone :

Pour le département du Loiret, adresse précise du site pour préparer le transport :

Pour les autres départements de la Région, merci d'organiser le transport jusqu'au CHS.