

Demande d'accompagnement

Unité Mobile Démence

Nom / Prénom	
Fonction	

Descriptif de la situation avec le résident :

--

Nous vous remercions de bien vouloir retourner cette demande dûment complétée et signée par courriel : umd@fegems.ch. Elle sera traitée dans un délai de 48 heures.

Personne de contact

Téléphone / e-mail	
--------------------	--

Validation de la direction

Date et Signature	
-------------------	--