

CONVENTION D'HEBERGEMENT

Nom et Prénom du patient

Date de naissance du patient :

Adresse des parents :

.....

Patient hospitalisé à :Service :

Soins ambulatoires à :Service :

Détail des personnes hébergées :

Nom - Prénom	Lien avec l'enfant	Date de l'hébergement	Tarif

Montant total facturé et non réglé :

La famille certifie avoir été hébergée dans un appartement de
l'Association INSEME à (Nice – Marseille ou Paris)

Fait à Le

Signature
(Précédée de la mention manuscrite « facture(s) non réglée(s) »)