



Date :

(Mettre une croix selon le type d'inventaire)

INVENTAIRE A L'ENTREE

INVENTAIRE DEPÔT

Date du Dépôt :

Date d'entrée ou Hospitalisation :

A l'occasion d'une hospitalisation ou d'un dépôt / résidant présent

INVENTAIRE D'OBJETS PERSONNELS

NOM : **Prénom** : **Service** :

DESIGNATION	DECHARGE
<p><u>Argent:</u></p> <p><u>Titres, valeurs:</u></p> <p><u>Livrets C.E., chèquiers:</u></p> <p><u>Bijoux:</u></p> <p><u>Vêtements :</u></p> <p><u>Télévision:</u></p> <p><u>DIVERS :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Table de télévision</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil</p> <p><input type="checkbox"/> Commode:</p> <p><input type="checkbox"/> Armoire:</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil roulant:</p> <p><input type="checkbox"/> Déambulateur:</p> <p>Autres:</p>	