



Direction  
03 20 14 28 00

## DEMANDE DE SORTIE / SEJOUR EN FAMILLE DANS LE CADRE DES FETES DE FIN D'ANNEE

Je soussigné :

Nom :

Prénom :

Qualité :

En application des directives ministérielles du 11 décembre 2020, je souhaite pouvoir héberger mon parent actuellement résident au sein de l'EHPAD – Résidence les fleurs de la Lys

Nom :

Prénom

Service d'hébergement

Cette sortie est envisagée le :

Date et heure de sortie:

Durée :

Date et heure de Retour à l'EHPAD :

Je m'engage, lors de l'hébergement de mon parent, à respecter l'ensemble des mesures de précaution sanitaire, telles que :

- Respect du port du masque en présence de son parent
- Respect des mesures d'hygiène liées notamment au lavage des mains régulier
- Distanciation et absence d'embrassades et éviter au maximum la multiplicité des contacts
- Recommandation de réaliser un test de dépistage avant le séjour de mon parent
- Remplir l'autoquestionnaire joint

Ce document doit être envoyé à l'adresse ci-dessous au moins trois jours avant la date de sortie du résident

Cadre réservé à l'avis médical :

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 2020  
Signature



72, rue de Quesnoy – CS 40079 – 59 559 COMINES Cedex – Fax : 03 20 14 27 16

E-Mail : [direction@hopital-comines.fr](mailto:direction@hopital-comines.fr)

Toute correspondance doit être adressée impersonnellement à Monsieur le Directeur