

FICHE D'ADMISSION

Date de demande : / / Date d'évaluation : / / Date d'admission : / /

« Anonymat demandé »

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

NOM :

PRENOMS :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département :

Pays :

Nationalité :

ADRESSE :

Code postal :

Ville :

Numéros de téléphone :

Adresse électronique :

Personne à prévenir en cas de besoin :

Téléphone :

Lien de parenté :

SITUATION MATRIMONIALE et FAMILIALE

Célibataire

Séparé

Union Libre

Pacsé

Marié

Divorcé

Veuf

Enfants : Non Oui (précisez combien) :

A charge : Non Oui (précisez combien) :

SITUATION SCOLAIRE et PROFESSIONNELLE

Niveau de fin d'études :

Diplôme professionnel :

En activité :

Emploi actuel :

Depuis le :

Emplois antérieurs occupés :

Sans activité :

Demandeur d'emploi

Etudiant

Inactif - retraité

Invalide

RESSOURCES

- Salaire
- Revenus d'activité
- Allocation de la CAF
- ASSEDIC
- RSA / API

- AAH
- Indemnités journalières
- Pension d'invalidité
- Aucun

A la charge d'un tiers (précisez) :

Tutelle

Curatelle

Nom du travailleur social :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

COUVERTURE SOCIALE

- Régime général - Sécurité Sociale
- Effective Demande en cours

Numéro de sécurité sociale :

Centre d'affiliation :

Mutuelle

- A.M.E
- ALD
- CMU
- CMU Complémentaire
- Indemnités Journalières
- Aucune

LOGEMENT

Durable Précaire

Logement personnel

Colocation

Hébergé chez des amis / proches

- SDF
- En famille
- En institution (*précisez*) :

SITUATION JUSTICE

Injonction thérapeutique

Mise à l'épreuve

Aménagement de peine

Jugement en attente

Placement extérieur (*précisez les dates*) :

Obligations de soins

Peines en attente, précisez :

Contrôle judiciaire

Coordonnées du **conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation** :

REFERENT SOCIAL

Indiquer les coordonnées du service qui soutient la demande

Nom du travailleur social :

Structure :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

ORIGINE DE L'ORIENTATION

Médecin Généraliste

Equipe hospitalière

CSAPA

Autre (*précisez*) :