

**Nom**

**Prénom**

Téléphone :

Né(e) le

à

Nationalité :

Situation de famille

Enfant(s)

Animaux de compagnie

Adresse de domiciliation actuelle ou boîte postale

Documents d'identité en possession de la personne

*(joindre copie)*

Titre de séjour éventuel :

**Personne à prévenir**

Téléphone :

**Assistant(e) Social(e) ou Travailleur Social référent** *(Nom, Adresse et Téléphone Mail)*

**Caisse de Sécurité Sociale** *(joindre copie de l'attestation de votre Caisse de Sécurité Sociale)*

Numéro de sécurité sociale

Carte vitale

Centre de paiement

Mutuelle *(joindre copie de la carte)*

Couverture sociale actuelle  Base  ALD  CMUC  AME  MUTUELLE  FICHE LIAISON PASS

**Numéro CAF**

Centre de paiement

**Ressources actuelles :**

RSA

AAH

Retraite

Sans

Autre

**Médecin traitant :**

Addiction :  oui  non

Produit de substitution :  oui  non

Problème(s) de santé :  oui  non

Si

oui,

lesquel(s) :

Traitement médical en cours :

*Joindre une photocopie du traitement actuel en cours*



1ère question : Qu'attends-tu de notre structure ?

2ème question : Pourquoi un lieu à vivre et non un CHRS ?

3ème question : Quelle(s) compétence(s) ou savoir-faire aimerais-tu apporter à la maison ?

4ème question : Quel est ton projet de vie ?