

DEMANDE D’ACCOMPAGNEMENT

**Date de réception par le secrétariat :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

* ***Situation administrative* :**

**Nom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Adresse du logement actuel :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Code postal :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_

**Adresse électronique :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N° de Sécurité Sociale :** \_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_

**Si mineur Nom de Représentant Légal :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ***Accompagnement en cours :***
* Nom et coordonnées du médecin traitant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nom et coordonnées du médecin psychiatre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Diagnostic (si connu) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nom et coordonnées de personne ou de structure ressource : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En complément de cette demande, votre médecin psychiatre peut joindre une fiche d’orientation télécharge depuis le <https://centre-ressource-rehabilitation.org/rehalise>

**Motivation de la demande**

*(Quels sont vos attentes, vos difficultés et vos besoins)*

Comment avez-vous découvert le centre de réhabilitation psychosociale REHAlise ?

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature obligatoire par la personne concernée :

**Ce document est à retourner par mail à :** **contact@rehacoor.fr**

*Les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de REHALISE En application de l’article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat du REHALISE.*