Demande d’accompagnement par To.Rem

Equipe mobile en réhabilitation psychosociale

|  |
| --- |
| **IDENTITE DU BENEFICIAIRE** |
| **NOM :**  **Prénom :**  **Numéro de téléphone :**  **Mail :**  **Adresse :** |
| **PRESCRIPTION** |
| **Secteur et lieu de soin :**  **Nom du psychiatre :**  **Motif de la demande :**  **Signature :** |