



Joindre impérativement un certificat médical précisant que la personne est apte à vivre en semi-collectivité

Date de visite de la Maison Relais :	
Nom :	Prénom :
Date de Naissance :	Lieu de Naissance :
Adresse	
Téléphone fixe :	Téléphone mobile :

REFERENCES ORGANISMES SOCIAUX	
Organisme de Sécurité Sociale	
N° de sécurité sociale	
Organisme de Mutuelle	
N° de Mutuelle	
N° CAF	
ASSURANCE	
Type	
Nom de l'agence	

SITUATION FAMILIALE (célibataire, veuf, divorcé...)	
LIENS AVEC LA FAMILLE (Parents, enfants...), NATURE DES LIENS	

INFORMATIONS DIVERSES	
Niveau Scolaire	
Centres d'intérêts	
Parcours Professionnel	
Permis de conduire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

SITUATION ACTUELLE	
Logement	
Insertion	
Famille	
Santé	
Ressources et gestion budgétaire	
Handicap physique et psychique - Taux d'incapacité	
Mesure de protection	

LES SUIVIS			
Intervenant	Nom	Téléphone	Permanence-Adresse
Suivi social			
Mesure de protection, délégué			
Travailleur social référent			
Structure accueil et accompagnement			
Suivi médical			
Médecin généraliste			
Suivi psychiatrique			

**EXPOSE DE LA PROBLEMATIQUE ACTUELLE DU CANDIDAT JUSTIFIANT SA DEMANDE D'ACCUEIL
(SQUAT , TENUE DU LOGEMENT, ISOLEMENT, ERRANCE, SANTE, RUPTURE FAMILIALE,
SURENDETTEMENT, LICENCIEMENT.....) :**

PROJET INDIVIDUEL DU CANDIDAT : OBLIGATOIRE

NOM ET COORDONNEES DU REFERENT SOCIAL :