

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://sites.google.com/view/centre-rps-de-roanne/accueil>

MOTIVATION DE LA DEMANDE

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

Comment avez-vous découvert le centre de réhabilitation psychosociale du CH de ROANNE ?

Date : _____

Signature obligatoire par la personne concernée :

Ce document est à rapporter lors de votre consultation.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat du centre de réhabilitation psychosociale. 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 centre de réhabilitation psychosociale.