**ASSOCIATION L'AMITIE**

Association l’Amitié - à but non lucratif -

**DOSSIER DE PRE-ADMISSION - SAVS -**

**NOM :**

**PRENOM :**

**Ce dossier est confidentiel. Il est à adresser au secrétariat du SAVS.**

**Il ne revêt pas un caractère d’engagement et fera l’objet d’une réponse dans un délai d’un mois.**

**SAVS**

**Service d’Accompagnement à la Vie Sociale**

14 rue Gutenberg

51100 REIMS

**✆**: 03.26.35.19.49

: 03.26.24.13.98

🖂 : savs.samsah@associationlamitie.fr

Association l’Amitié - à but non lucratif -

**FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe : Portable :

E-mail : @

Situation familiale

🞏 Célibataire 🞏 Marié(e) 🞏 vit maritalement 🞏 Pacsé(e)

🞏 Séparé(e) 🞏 Divorcé(e) 🞏 Veuf (ve)

Mesure de protection : 🞏 Oui 🞏 Non

Nom et adresse :

Nombre d’enfants : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dont à charge :

Situation administrative

* Numéro de sécurité sociale :
* Régime d’assurance maladie :
* Numéro d’allocataire CAF :
* Mutuelle :
* CMU :

Domicile

🞏 Personnel 🞏 Parental 🞏 Conjugal 🞏 Autre

🞏 Locataire bailleur social 🞏 Locataire bailleur privé 🞏 Propriétaire

**COORDONNEES DE LA PERSONNE A PREVENIR**

Nom et Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone :

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

En activité Sans activité

🞏 En emploi 🞏 En recherche d’emploi

🞏 En arrêt maladie 🞏 RSA

🞏 En longue maladie 🞏 AAH

🞏 En formation 🞏 Pension d’Invalidité

(Scolaire, universitaire, professionnelle) 🞏 Retraité(e)

En cas d’activité veuillez préciser vos disponibilités :

**SITUATION SOCIALE**

* Service(s) intervenant à domicile (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordonnées du service : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fréquence des interventions : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Loisir(s) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Participation (précisez le(s) jour(s)) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE ACTUELle**

🞏 C.M.P (Centre Médico-psychologique) :

🞏 Hôpital de Jour 🞏 Autre à préciser :

Nom du Médecin Psychiatre :

Nom du Référent Infirmier :

Nom du Médecin traitant :

Activité thérapeutique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Participation (précisez jour/horaire) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vos attentes vis-à-vis du SAVS**

🞏 Social :

🞏 Vie quotidienne :

🞏 Administratif :

**MERCI DE FOURNIR OBLIGATOIREMENT**

* **Une copie recto-verso de la pièce d’identité ;**
* **Une copie de l’attestation de la Sécurité Sociale et de votre mutuelle ;**
* **Une copie de l’attestation « Responsabilité Civile » ;**
* **La notification de la Commission des Droits et de l’autonomie des Personnes (CDAPH) indiquant l’orientation SAVS ;**
* **La notification d’attribution par la CDAPH de l’Allocation Adultes Handicapé ;**
* **Justificatif de toutes les ressources pour tous les membres du foyer ;**
* **Un justificatif de domicile ;**
* **Une attestation de jugement de tutelle (cas échéant) ;**
* **La copie du dernier avis d’imposition recto-verso.**

**Tout dossier incomplet ne pourra aboutir**

**Dossier rempli le : / / Par :**

***En cas de difficultés à remplir ce dossier, vous pouvez contacter le SAVS.***