|  |
| --- |
| **FICHE D’ORIENTATION**  |

*La Coordination Santé a pour objectif de permettre l’accès à une offre de soins adaptée aux bénéficiaires de la protection internationale (réfugié ou protection subsidiaire)*

**Date de la demande :**

|  |
| --- |
| **SANS ORIENTEUR :** **ORIENTEUR :** Service et adresse :En qualité de :Téléphone : Mail :**ACCOMPAGNEMENT SOCIAL****Référent social assurant l’accompagnement de la personne :** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Renseignement Généraux concernant la personne :**NOM : Prénom :Représentants légaux si mineur :Téléphone : Mail :Date et lieu de naissance : Nationalité :Date d’arrivée sur le territoire français :Situation familiale :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Lien de parenté | Date de naissance | Lieu de vie actuel |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Adresse à laquelle le courrier doit vous être envoyé :Titre de Séjour : * Date d’obtention du Statut de réfugié / Protection Subsidiaire :
* N°AGDREF :
* Validité :

Langues parlées :Langues écrites/lues : |

|  |
| --- |
| **PROTECTION SOCIALE :**N° d’assuré social :Organisme :Sécurité Sociale CMU-C / CSS Sans couverture sociale Mutuelle En cours |

**SITUATION AU REGARD DE LA SANTE :**

La personne a-t-elle un médecin traitant ?

OUI

NON

Si oui, précisez le nom et les coordonnées du médecin :

La personne a-t-elle une ou plusieurs pathologies diagnostiquées ? (Les pathologies seront précisées lors de l’entretien)

OUI

NON

Si oui la personne est-elle en contact avec un professionnel de santé pour cette ou ces pathologies ?

OUI

NON

Si oui, précisez le nom et les coordonnées de ce ou ces professionnels :

En quelques mots pouvez-vous préciser les raisons de l’orientation ?

Fait le :

A :

Signature du demandeur Signature de l’orienteur

(Sans signatures, la demande ne pourra pas être étudiée)

**Cette fiche est à envoyer à :**



