|  |
| --- |
| **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 :**



