

« Accueil, Accompagnement et Soins Résidentiels Collectifs »  
1, Chemin de l'Anguille  
67000 STRASBOURG

A envoyer à :  
admission.pole.residentiel@alt-67.org

## DOSSIER D'ADMISSION

### FICHE ADMINISTRATIVE

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Adresse actuelle : .....  
Code Postal : ..... Commune : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : .....  
Nationalité : .....  
Situation de famille : .....  
Personne à contacter en cas d'urgence (avec n° de téléphone et adresse) :  
.....  
.....

### SITUATION SOCIALE

Assuré Social : oui  non  - Numéro Sécurité Sociale : .....  
Adresse du centre payeur : (Joindre une photocopie de l'attestation actualisée d'ouverture des droits de l'organisme d'affiliation)  
.....  
Mutuelle : oui  non   
Intitulé : .....  
Adresse : .....  
Couverture Maladie Universelle : CMU oui  non   
(Joindre une photocopie de l'attestation d'affiliation)

## **SITUATION PROFESSIONNELLE**

Niveau de fin d'études : .....

Diplôme professionnel : .....

*Si vous avez actuellement une activité professionnelle :*

- emploi actuel : .....

- nom adresse employeur : .....

.....

*Si vous n'avez actuellement pas d'activité professionnelle :*

Quelle est votre situation :

Demandeur emploi

Inactif

Etudiant

Invalide

## **RESSOURCES**

Salaires

Indemnités journalières (maladie)

Allocations chômage (Pôle emploi)

RSA

Sans ressources

Allocation Adulte Handicapé

Autres

Dettes : oui  non  Précisez :

## **LOGEMENT**

Durable ou  Précaire

Indépendant

En famille

Chez des amis

En structure d'hébergement  
(précisez) :

Sans domicile fixe

**SITUATION JUDICIAIRE**

*Préciser si vous avez des affaires devant être jugées durant les prochains mois pouvant perturber le déroulement de votre séjour :*

.....  
.....

**Incarcérations antérieures le cas échéant : oui  non**

**Si oui, nombre d'incarcérations : .....**

**Durées en mois : .....**

**REFERENT SOCIAL**

*Préciser le cas échéant, les coordonnées du service social qui soutient la demande (CSAPA, Hôpital ou autre)*

*Ce référent social pourra éventuellement être contacté par nos services.*

*Il pourra également être destinataire d'un bilan de séjour vous concernant : oui  non*

**Intitulé du service social : .....**

**Nom du travailleur social : .....**

**Adresse : .....**

**Téléphone : .....**

**ADDICTIONS**

**Nombre d'années : ..... Produit principal utilisé : .....**

**En injection : oui  non  Si oui, depuis ..... an(s)**

**Produits secondaires : 1- ..... 2- ..... 3- ..... 4- .....**

**SUIVI POST-CURE**

(A remplir par le CTR le jour de l'arriv e)

Accueilli le : Intervenant charg e du suivi :

Caution titre de transport de à remise le (date)

Caution BMS de 10  remise le (date)

Billet de train retour remis : oui  non

Traitement complet jusqu'au remis oui  non

Ordonnance stipulant le traitement remise oui  non

*Je m'engage à respecter le traitement prescrit sur mon ordonnance et à le prendre sous contrôle des intervenants du CTR*

Médecin généraliste rencontré le :

Médecin psychiatre rencontré le :

Date :

Signature