Prévention
accompagnement
et soins
en addictologie

Accueil et soins résidentiels « Accompagnement individuels »
Appartements Thérapeutiques Relais
13 rue Villa Lana
67000 STRASBOURG
A envoyer à :
admission.pole.residentiel@alt-67.org

DOSSIER D'ADMISSION

FICHE ADMINISTRATIVE

VOUS	VOTRE CONJOINT
NOM : …….. **Prénom :……**	**NOM : …… ……** **Prénom :……**
Date de naissance : …… ..	**Date de naissance : ……**
Lieu de naissance :……	**Lieu de naissance :……**
Adresse actuelle :……	**Adresse actuelle :……**
Téléphone fixe :……	**Téléphone fixe :……**
Téléphone mobile :……	**Téléphone mobile :……**
Nationalité :……	**Nationalité :……**
Situation de famille :……	**Situation de famille :……**
Personne à contacter en cas d'urgence :(avec n° de téléphone)……	**Personne à contacter en cas d'urgence :(avec n° de téléphone)……**

LES ENFANTS PRESENTS AVEC VOUS EN APPARTEMENT

Nom : **Prénom :**	…… ……	…… ……	…… ……
Date de naissance : **Lieu de naissance :**	…… ……	…… ……	…… ……
Accueil en Appartement Thérapeutique Relais avec vous :	☐ **oui** ☐ **non**	☐ **oui** ☐ **non**	☐ **oui** ☐ **non**

Bénéficiez-vous d'une aide éducative ?

Organisme intervenant			
Coordonnées du travailleur social référent			

SITUATION PROFESSIONNELLE

	VOUS	**VOTRE CONJOINT**
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**	☐ **Demandeur emploi** ☐ **Inactif** ☐ **Etudiant** ☐ **Invalide**

SITUATION SOCIALE

VOUS	VOTRE CONJOINT
Assuré Social : oui ☐ non ☐ **Numéro de sécurité sociale :** **……** **Adresse du centre payeur :** **…….....** **……**	**Assuré Social : oui ☐ non ☐** **Numéro de 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 :…….** **……**	**Mutuelle : oui ☐ non ☐** **Intitulé : …….** **Adresse :…….** **……**
Couverture Maladie Universelle : **CMU oui ☐ non ☐**	**Couverture Maladie Universelle :** **CMU oui ☐ non ☐**
(Joindre une photocopie de l'attestation d'affiliation)	
Affection longue durée : oui ☐ non ☐	

Vos enfants sont-ils vos ayants droits : oui ☐ non ☐
Si non : **Assuré auquel ils sont rattachés :** **NOM : …… Prénom :…….** **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)*

RESSOURCES

VOUS	VOTRE CONJOINT
☐ **Salaires** ☐ **Indemnités journalières (maladie)** ☐ **Allocations chômage (Assedic)** ☐ **RSA** ☐ **Sans ressources** ☐ **Allocation Adulte Handicapé ……** ☐ **Autres ……..** ☐ **Prestations familiales pour vos enfants :** **……..**	☐ **Salaires** ☐ **Indemnités journalières (maladie)** ☐ **Allocations chômage (Assedic)** ☐ **RSA** ☐ **Sans ressources** ☐ **Allocation Adulte Handicapé ……** ☐ **Autres ……..** ☐ **Prestations familiales pour vos enfants :** **…….**

LOGEMENT

VOUS	VOTRE CONJOINT
☐ **Logement Indépendant** ☐ **Durable ou ☐ Précaire** **Hébergé : ☐ En famille ou ☐ Chez des amis** **☐ En structure d'hébergement** **(préciser)…….** ☐ **Sans domicile fixe**	☐ **Logement Indépendant** ☐ **Durable ou ☐ Précaire** **Hébergé : ☐ En famille ou ☐ Chez des amis** **☐ En structure d'hébergement** **(préciser)…….** ☐ **Sans domicile fixe**

SITUATION JUDICIAIRE

VOUS	VOTRE CONJOINT
Mesure de protection : Tutelle ☐ ou Curatelle ☐	
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 : Nombre ……..Durées en mois……**	*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 : Nombre ……..Durées en mois……**
Préciser le cas échéant, les coordonnées du service social qui soutient la demande (CSST. Hôpital ou autre) ***Ce référent social pourra éventuellement être contacté par nos services*** **Intitulé du service social :** **……** **Nom du travailleur social :** **……....** **Adresse……** **……** **……** **Téléphone :** **……**	***Préciser le cas échéant, les coordonnées du service social qui soutient la demande (CSST. Hôpital ou autre)*** ***Ce référent social pourra éventuellement être contacté par nos services*** **Intitulé du service social :** **……** **Nom du travailleur social :** **……** **Adresse……** **……** **……** **Téléphone :** **……**

A ……le…….

Signature