



DEMANDE D'ÉVALUATION EN SANTÉ MENTALE

Nous vous remercions de bien vouloir remplir cette fiche de demande d'évaluation en santé mentale. Des renseignements précis nous permettront de définir au mieux l'orientation.

Date de demande : _____

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR MINEUR

Nom : _____ Prénom : _____ H F

Date de naissance : _____ Pays d'origine : _____

Date d'entrée en France : _____ Téléphone : _____

Besoin d'interprète ? Non, francophone Oui, langue souhaitée : _____

Droits CPAM ouverts ? Non Oui : _____

Demandeur d'asile ? Non Oui Réfugié ou protection subsidiaire ? Non Oui

Adresse de domiciliation ? : _____

Hébergement :

115 Hôtel Mairie DPAR SPE DA/MNA CHRS COORUS FJT ACT CAO CPH CADA CHEZ BENEVOLE
 CHEZ COMPATRIOTE SANS Autre : Préciser _____

Adresse hébergement effectif : _____

Des demandes pour d'autres membres de la famille ? _____

SCOLARITÉ :

Niveau scolaire actuel : _____

Etablissement fréquenté/adresse : _____

Nom et prénom du référent scolaire : _____

Fonction : _____ Tél : _____

MÉDICAL :

Médecin traitant : _____

Traitement en cours : _____

FAMILLE :

Nom du père : _____ Prénom : _____

Nom de la mère : _____ Prénom : _____

Domiciliation : _____

Logement personnel : _____

Hébergement : 115 Hôtel Mairie DPAR SPE DA/MNA CHRS COORUS FJT ACT CAO
 CPH SQUAT CADA SDF BENEVOLE FA COMPATRIOTE

RÉFÉRENT SOCIAL :

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____ Institution : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

