

FICHE DE LIAISON

Nom : _____ Prénom : _____
 Sexe : Masculin Féminin Date de naissance : _____ ou Age : _____ ans

Adresse : _____

Tel : _____ Mail : _____

Référent de proximité : _____

Situation familiale

- En couple Divorcé (e)
 Célibataire Veuf/veuve

Nombre d'enfants à charge :

Eloignement familial (si patient migrant)

Conjoint ou enfants restés dans au pays d'origine ? Oui Non

Si oui, âge des enfants :

Conditions de vie

- Domiciliation : Domicile personnel
 Hébergement familial - Nb de personnes dans le logement : _____
 Hébergement chez un ami - Nb d'enfants dans le logement : _____

Travail

Situation professionnelle actuelle :

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sans emploi | <input type="checkbox"/> En CDI |
| <input type="checkbox"/> En CDD | <input type="checkbox"/> En temps partiel |
| <input type="checkbox"/> En Intérim | <input type="checkbox"/> Autre |

Statut de travailleur handicapé ? Oui Non

Permis de conduire ? Oui Non

Moyen de locomotion ? Oui Non

Aide à domicile/ personne ressource

Il y a-t-il une personne ressource au domicile ?

Membre de la famille Oui Non Nom- prénom :Tel :

Association extérieure : Oui Non Nom:Tel :

Problématique repérée :

- Difficulté de comportement
- Santé globale : handicaps, pathologie connue....
-
-
-
- Isolement
- Autres :.....

Association pour le Développement des Initiatives en Santé.
SERVICES ADIS : PREVENTION-PROMOTION DE LA SANTE, ACT 59/62, SAD 59/62

Commentaire :

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Nom et signature :



Je soussigné(e), Monsieur/ Madame accepte le partage de ces informations avec :

- Médiation Ville
- Association ADIS
- CARSAT
- Autre :

Signature :