

Prises en charge thérapeutiques déjà effectuées en addictologie et en psychiatrie :

Dates	Lieux & Types (hospitalisation, communauté thérapeutique, AT, ACT, CTR...)	Motifs	Observations (si arrêt des séjours, motifs)

Professionnels impliqués dans l'accompagnement :

- Médecin
Nom : _____
- Psychiatre
Nom : _____
- Infirmier/ère
Nom : _____
- Educateur/trice spécialisé(e)
Nom : _____
- Psychologue
Nom : _____
- Assistant(e) social(e)
Nom : _____
- Autre - précisez : _____
Nom : _____

Projet prévu après le séjour :



TEMPO OPPELIA
4, rue ampère - 26000 VALENCE
Tél. : 04.75.40.17.70 - Fax : 04.75.40.12.55
tempo@oppelia.fr - www.oppelia.fr

DOSSIER DE CANDIDATURE

Appartements Thérapeutiques Relais

Dossier à retourner complet à :

Tempo Oppelia
Service ATR



Adresse postale
4 rue ampère
26000 VALENCE



Fax
04.75.40.12.55



Mail
tempo@oppelia.fr

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Coordonnées de la structure prescriptrice

Nom et prénom du candidat

Nom et fonction du professionnel référent

FICHE ADMINISTRATIVE

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : Féminin Masculin

Date de naissance : ____/____/_____

Adresse domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

n° téléphone : ____/____/____/____/____ Mail : _____

Lieu de naissance : _____

Département : _____ Pays : _____

Situation familiale

Enfants : Oui Non

Si oui, nombre et âge(s) : _____

Enfants à charge : Oui Non

Logement

Adresse du logement envisagé après le séjour ou en cas de rupture de séjour
(attestation de logement/d'hébergement à joindre à votre dossier) :

Ressources

Salaires A.A.H. ASSEDIC A la charge d'un tiers RSA

Indemnités journalières Pension d'invalidité Autre Pas de revenu

Converture sociale

Régime général (S.S.) A.M.E. Sécu+Mutuelle S.S. d'un tiers

Assurance perso. CMU CMU C S.S. à 100%

Protection juridique

Tutelle Curatelle

Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP)

Mesure d'accompagnement judiciaire (Maj)

PARCOURS DE SOIN

Pourriez-vous nous dire pourquoi vous souhaitez intégrer un appartement thérapeutique relais à cette étape de votre parcours de soins ? Quelles sont vos attentes et vos objectifs de soins ?

Quel(s) est/sont le(s) produit(s) psychoactif(s) -licite ou illicite, incluant les médicaments- ou la/les conduite(s) addictive(s) qui vous posent actuellement le plus de problèmes :

Date de la première démarche de soins :
