

Clinique Médicale du Centre
Château de Saumery
41350 Huisseau-sur-Cosson
Tél : 02.54.51.28.28
Fax : 02.54.51.28.29
e.mail : contact@saumery.fr
Site web www.cliniquesaumery.com

Fiche de renseignements
socio-administratifs à compléter et à
adresser rapidement :

à notre Assistante sociale Melle Céline RONDARD

au plus tard le jour de votre consultation de pré admission.
Merci de la lire attentivement.

(La consultation de pré-admission vous sera facturée 50 €)

➤ **Tout dossier incomplet sera différé**

NOM :

Prénom :

Situation de famille :

Date et lieu de naissance :

Domicile							Département
Téléphone :			Portable :				
Ressources :	Salarié	R.M.I.	A.A.H.	Invalidité	I. J.	Autres	
Nom, adresse, n° de téléphone et courriel <u>des personnes à prévenir</u> :							
Nom, adresse, n° de téléphone et courriel <u>de la personne de confiance</u> :							
Nom, adresse, numéro de téléphone et courriel de vos référents :							
Médecin psychiatre							
Secteur Psychiatrique							
Médecin traitant référent							
Assistante sociale							
Educateur							
Référents A.S.E							

CPAM (Caisse Primaire Assurance Maladie) Fournir attestation papier de la carte vitale + accord de la prise en charge Adresse		N° de sécurité sociale
Mutuelle Fournir attestation et accord de prise en charge Adresse		N° d'adhérent
CAF (Caisse Allocation Familiale) Adresse		N° d'allocataire
Profession	Nom et adresse de votre employeur	
Maison du Handicap : Adresse:		
COTOREP : Fournir la notification COTOREP <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> RTH		
C.D.E.S. : Fournir la notification		
Mesure de protection : <input type="checkbox"/> SANS <input type="checkbox"/> CURATELLE SIMPLE <input type="checkbox"/> CURATELLE RENFORCÉE <input type="checkbox"/> TUTELLE Nom, adresse et numéro de téléphone de votre curateur ou tuteur :		

À votre arrivée, il faudra :

- Déposer votre **carte vitale, votre carte de Mutuelle, et votre carte d'identité.**
- Fournir la **copie de l'attestation de votre Responsabilité Civile** (obligatoire pour les activités extérieures et en dehors des périodes d'hospitalisation).
- Déposer votre **carnet de vaccinations à jour ou un certificat médical mentionnant l'état vaccinal et votre dernier bilan biologique.**
- Un chèque de **10 €** à l'ordre de la SACES (adhésion au Club thérapeutique).
- Prévoir un **budget minimum de fonctionnement pour un mois** (argent de poche) : activités, cigarettes, timbres, cafétéria, laverie, etc. (Non fumeur : 20 € par semaine, Fumeur : 50 € par semaine).

Je m'engage sur l'honneur à régler tous les frais de séjour non pris en charge par l'Assurance Maladie, la Mutuelle ou Assurances privées (ticket modérateur, forfait journalier, téléphone et frais divers).

Date

Signature :