

**DEMANDE ADMISSION EDVO**

Date de sortie prévue le :

INFORMATIONS GENERALES :

NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 TELEPHONE : .....  
 DATE DE NAISSANCE : .....  
 LIEU DE NAISSANCE : .....  
 DERNIERE DOMICILIATION : .....  
 COURRIEL.....

SITUATION FAMILIALE :

Quelle est votre situation familiale :       Célibataire    Marié/PACSE    Séparé    Divorcé

Avez-vous des enfants ? Si oui, quel âge ont-ils ? : .....

Quelles sont vos relations avec votre famille (parents, frères/sœurs, enfants) ?  
 .....  
 .....  
 .....

SITUATION SOCIALE :

Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

- Salarié (préciser l'emploi) .....
- Demandeur d'emploi ARE ASS.....
- Arrêt maladie.....
- Bénéficiaire du RSA.....
- Autre .....

Quel est le montant mensuel de vos ressources ?.....

Si vous ne travaillez plus quel est la dernière activité professionnelle que vous avez exercé ?  
 .....  
 .....

Envisagez vous d'entreprendre des démarches en ce qui concerne l'emploi (formation, bilan de compétences, études etc...) ?  
 .....  
 .....



CONSOMMATION :

Expliquer en quelques lignes votre parcours en ce qui concerne la consommation (âge, produit, conséquences etc....)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

SITUATION MEDICALE :

Souffrez-vous d'une pathologie (Asthme, dépression, troubles anxieux, TCA, Hépatite, VIH, etc....) ?

.....  
.....

Si oui bénéficiez-vous d'un suivi médical ? Merci d'indiquer le nom du praticien qui vous suit ainsi que le traitement qui vous a été prescrit.

.....  
.....  
.....

Avez-vous fait des tentatives de suicide ?

.....  
.....

Si oui de quelle nature étaient elles ?

.....  
.....

Avez-vous une reconnaissance de la **Maison Départementale des Personnes Handicapés** ou envisagez-vous de déposer une demande ?.....

SITUATION JUDICIAIRE :

Avez-vous actuellement des poursuites judiciaires en cours ?

.....  
.....  
.....

DETTES :

Avez-vous des dettes ?  Oui  Non

Si oui merci de préciser auprès de quels organismes ?

.....  
.....  
.....

Avez-vous déposé un dossier de surendettement ou envisagez vous d'en déposer un ?  Oui  Non



THERAPEUTIQUE :

Quel est le nom de votre thérapeute référent ? .....

Quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer au cours de votre séjour (APTE, CT, CPO, centres de traitement) ? (règlement, relation affective, rechute...)

.....  
.....  
.....

INTEGRER EDVO :

Avez-vous lu le règlement d'E.D.V.O ?  Oui  Non

Etes-vous en accord avec celui-ci ?  Oui  Non

Qu'attendez-vous d'E.D.V.O et de ses services ?

.....  
.....  
.....  
.....

AUTRES DEMANDES :

Avez-vous fait des demandes auprès d'autres structures ?  Oui  Non

Si oui lesquels : .....