**Fiche de prescription**

**Plateforme mobile « Santé et Insertion »**

**A transmettre à Aurélie ROZET par mail** (aurelie.rozet@terresdelorraine.org)

**Bénéficiaire/participant :**

**NOM** : **Prénom** :

**Date de naissance** : **Commune de Naissance** :

**Adresse** :

**Numéro de téléphone** :

**Adresse mail** :

**Personne allocataire du RSA** : □ Oui □ Non

**Personne inscrite à France Travail** : □ Oui □ Non ⇨ si oui depuis quelle date :

**Personne inscrite dans le PLIE** : □ Oui □ Non

**Objectifs prioritaires visés sur ce dispositif :**

**Informations complémentaires :**

**Disponibilités de la personne / lieu de rendez-vous à privilégier :**

**Prescripteur :**

**Structure** :

**NOM et Prénom** de la personne référente :

**Fonction** :

**Adresse** :  **Téléphone**:

**Mail** :

**Date de la prescription** :

**Retour au prescripteur :**

**Suivi par** :

🗆 Aurélie ROZET - Référente Santé 🗆 Carolina VALENZUELA – Intervenante Psychosociale

**Date de premier RDV proposé** : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**Intégration sur le dispositif** : 🗆 OUI à partir du : …/…/ …… 🗆 A recontacter 🗆 Non

**Commentaires** :

**Bilan fin de suivi :**

**Date du dernier RDV** : ……/ …… / ……..

**Entretien Tripartite** en présence de M/Mme : 🗆 OUI 🗆 NON

**Orientations et perspectives** :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de sortie : ……/ …… / ……..