

 Association loi 1901

Accueil de jour du

**FOYER FRATERNEL**

***- SUR ORIENTATION -***

**Ouvert :**

**Les lundis, 9H00-12H00 et 14H00-17H00**

**Les mercredis, 9H00-12H00**

 ***Sur Rendez-vous uniquement***

**Accès :**

6, rue Gouffrand

33300 Bordeaux

Tram C, arrêt Camille Godard

Tram B, arrêt Chartrons

Bus 15, arrêt Picard

**Contacts:**

**Hélène COEURDEROY**

***Responsable de l’Accueil de jou*r**

Conseillère en économie sociale et familiale (CESF)
cesf@foyerfraternel.fr

**Pauline ROUX**

***Responsable adjointe de l’Accueil de jou*r**

Assistante sociale

proux.ffcs@gmail.com

05.57.87.13.92

06.14.19.72.31

**Centre social**

**Foyer Fraternel**

 ***Merci de bien vouloir remplir l’ensemble de ces informations.
Dans le cas contraire, la demande d'orientation ne sera pas étudiée.
Document à remplir par un travailleur social.***

**Organisme PRESCRIPTEUR**

Structure : ....................................... Téléphone : .........................

Mail : ..............................................................................................
Adresse : …………………………………………………………….…
Durée du suivi préconisé : 1 fois ….3 mois ….

**SITUATION**.  ***Famille : ………. Adulte(s) et ………. Enfant(s)***

  ***Personne seule***

Nom : ................................................. Prénom : ...........................
Date de naissance : ........................... Nationalité : .......................

Adresse : ........................................................................................

Domiciliation : ………………………………………………………..

Type d’hébergement : ....................................................................

En activité : OUI NON

Inscription à Pôle Emploi : OUI NON

Sécurité Sociale : OUI NON

Carte Vitale : OUI NON

Mutuelle : OUI NON

CMU-C : OUI NON

**BUDGET.**

**- Salaire(s) :** ……… …. €.

**- Prestations sociales** (AF, CF, PAJE, AAH, AEEH, ASF, ARS,
APL, RSA,…) **:** ……… …. €.

**- Retraite :** ……… …. €.
**- A**llocation pour **D**emandeur d’**A**sile **(ADA)** **:** ……… …. €.
**- Autres :** ……… …. €. Précisez ………………….…………….

Numéro d’allocataire CAF/MSA : …………………………...

QF CAF : …… …….. (l*e QF déterminera la fréquence de passage)*

**Aides sollicitées** - *cochez la ou les case(s)* :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Colis alimentaire** | **Vêtements** | **Produits d’hygiène** | **Douche** |
| . . |   | . . | . . |

Fait à ……………………………., le ………………..………………….

 **LETTRE D’ORIENTATION**





*Cachet et signature*