

**FICHE ORIENTATION – Pour les personnes résidants ou domiciliées en Essonne.**

**LE CAPSE  
CENTRE D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL POUR LES EXILÉS**

à transmettre par mail : [orientation-capse@groupe-sos.org](mailto:orientation-capse@groupe-sos.org)



**CADRE RESERVE AU CENTRE**

Date de réception de la demande

N° du dossier

**PROFESSIONNEL ACCOMPAGNANT**

**COORDONNEES DE L'ORGANISME ACCOMPAGNANT**

Nom Prénom :

Profession :

Mail :

Téléphone :

*je soussigné(e) ..... atteste que je remplis cette fiche d'orientation au nom et à la demande de ....., qu'il ou qu'elle m'a communiqué les éléments inscrits dans la fiche, qu'il ou qu'elle comprend la démarche et accepte d'être contacté(e) par le centre.*

**PERSONNE ORIENTEE**

Nom(s) :

Prénom(s):

Date de naissance : ...../...../.....

Téléphone :

Ville de domiciliation :

Lieu de vie habituel (si différent) :

La personne est-elle en situation d'errance? Oui - Non

Pays d'origine :

Nationalité :

Mois et année d'arrivée en France :

En quelle langue souhaite s'exprimer la personne ?

Autres langues parlées:

**Statut administratif de la personne (rayez les mentions inutiles) :**

Demandeur d'asile (toutes procédures)

Bénéficiaire d'une protection internationale

Demande de séjour pour soins

Titre de séjour pour soins

Sans titre de séjour / débouté

Autre situation, précisez:

**ANTECEDENTS EN SANTE MENTALE**

*La personne a-t-elle déjà vu un professionnel de santé mentale ou est-elle actuellement suivie? si oui, précisez les coordonnées du praticien ou du service Pour quelle raisons le suivi s'est arrêté ?*

**MOTIF(S) DE LA DEMANDE D'ORIENTATION**

**ETUDE DE LA DEMANDE (réservé au Centre)**

Date d'étude de la demande:...../...../.....

**REPONSE (rayez les mentions inutiles)**

Admission

Réorientation

Demande d'information complémentaire

Refus

**JUSTIFICATION**