



# Association Rencontres et Loisirs

Service HABITAT

79 bis rue Victor Hugo-62590 OIGNIES

Tél : 03.21.79.95.58 / Fax : 03.21.37.30.13

## **DOSSIER D'ORIENTATION ET/OU DE PRE-ADMISSION**

**DEMANDE FAITE LE** :...../...../.....

Travailleur social :

Organisme

Téléphone :

mail :

### **Réservé à R&L**

Date de réception du dossier :

Dossier étudié par :

.....

.....

.....

.....

.....



### **IDENTITE DU (DES) DEMANDEUR(S)**

#### **DEMANDEUR**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de Naissance**

**Lieu de Naissance :**

**Numéro de S.S. :**

**Nationalité :**

**Numéro de Téléphone :**

**Adresse :**

**Mail :**

**Dossier FSL :**

**N°Télédéclarant :**

**N°NUD :**

**N°CAF :**

#### **CO DEMANDEUR**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de Naissance**

**Lieu de Naissance :**

**Numéro de S.S. :**

**Nationalité :**

**Numéro de Téléphone :**

**Adresse :**

**Mail :**

**Dossier FSL :**

**N°Télédéclarant :**

**N°NUD :**

**N°CAF :**



## SITUATION FAMILIALE

- Célibataire       Vie Maritale       En instance de divorce  
 Marié       Concubinage / Pacsé       Autre  
 Veuf       Séparé

### Tranches d'âge

(merci d'indiquer l'âge exact)

|             | Mme/Mr | Mme/Mr |
|-------------|--------|--------|
| - de 18 ans |        |        |
| 18 à 21 ans |        |        |
| 22 – 25 ans |        |        |
| 26 à 35 ans |        |        |
| 36 à 45 ans |        |        |
| 46 à 54 ans |        |        |
| 55 à 59 ans |        |        |
| + de 60 ans |        |        |

### Mobilité Géographique

- Permis B       En cours       Obtenu  
 Autre permis (préciser) .....  En cours       Obtenu  
 Véhicule personnel :       Oui       Non  
 Train :       Oui       Non  
 Bus       Oui       Non  
 Vélo       Oui       Non  
 Scooter :       Oui       Non



## ADMINISTRATIF

|  | Mme                      | Mr                       | Merci de préciser le N° et/ou date d'échéance |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| C.N.I.                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| Titre de Séjour                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| Récépissé                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| Demande d'asile                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| Sécurité sociale                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| Carte vitale                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| CMU de base                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| CMU Complémentaire                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| Mutuelle                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| Compte bancaire ou postal                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| Reconnaissance de la MDPH                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| Pôle Emploi (type d'allocation à préciser) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |
| Avis d'imposition                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....   |



## RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ENFANTS

|                         | Nom | Prénom | Date de naissance | Sexe |
|-------------------------|-----|--------|-------------------|------|
| 1 <sup>er</sup> enfant  |     |        |                   |      |
| 2 <sup>ème</sup> enfant |     |        |                   |      |
| 3 <sup>ème</sup> enfant |     |        |                   |      |
| 4 <sup>ème</sup> enfant |     |        |                   |      |
| 5 <sup>ème</sup> enfant |     |        |                   |      |

### Situation par rapport aux enfants

|                      |  |
|----------------------|--|
| Nombre d'enfants     |  |
| A charge             |  |
| Avec un autre parent |  |
| Placement judiciaire |  |
| Placement provisoire |  |
| Indépendants         |  |

### Droits par rapport aux enfants

- Droit de Garde       Droit de Visite  
 Droit d'Hébergement – Nbre jours : .....  
 Le week-end       1 week-end/2  
 Mois de vacances : .....

**Grossesse en cours :**       oui       non      Date de naissance prévue : .....



## SUIVI SOCIAL EN COURS

| Organisme                           | (X) | Nom du référent | Adresse et numéro de tél. |
|-------------------------------------|-----|-----------------|---------------------------|
| CCAS                                |     |                 |                           |
| CLLAJ                               |     |                 |                           |
| MDS                                 |     |                 |                           |
| Mission locale                      |     |                 |                           |
| Service sociale CAF                 |     |                 |                           |
| Pôle Emploi                         |     |                 |                           |
| Associations tutélaires             |     |                 |                           |
| Associations habilitées « justice » |     |                 |                           |
| Associations caritatives            |     |                 |                           |
| Autres (précisez) :                 |     |                 |                           |



### MOTIF DE LA DEMANDE

#### VIOLENCE :

Familiale  Conjugale

#### LOGEMENT :

- Expulsion ou menace d'expulsion
- Décohabitation (rupture familiale ou conjugale)
- Logement insalubre / indécent
- Hébergement chez un tiers (sans domicile propre)
- Sans domicile fixe
- Sortie d'hébergement d'urgence
- Sortie d'incarcération
- Sortie d'hospitalisation
- Logement inadapté (précisez).....

#### SANTE :

Alcool  Toxicomanies  Handicap   
Souffrances psychiques et/ou psychologiques

#### AUTRES

- Recherche d'emploi ou scolarité sur le secteur
- recherche autonomie
- Sédentarisation
- Problème de ressources
- Arrivée en France, demandeur d'asile, ressortissant hors CEE
- Sortie d'établissement de la protection de l'enfance, ou famille d'accueil
- Non renseigné



### SITUATION PROFESSIONNELLE

#### Niveau de qualification

|                                   | Mme                      | Mr                       |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Illettrisme                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Analphabétisme                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau VI (avant 3ème)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau V bis (niveau CAP BEP)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau V (CAP BEP)                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau IV (Brevet technique, BAC) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau III (Bac + 2)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau II (Bac + 3)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau I (Bac + 4 et plus)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Emploi au jour de la demande

|   | Mme                      | Mr                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| CDI Temps partiel                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CDI Temps plein                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CDD Temps partiel                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CDD temps plein                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contrat aidé                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Activité d'insertion (chantier école, AI, EI,...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Formation qualifiante                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Demandeur d'emploi longue durée (+1an)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Demandeur d'emploi de - de 1 an                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jamais travaillé                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mission d'intérim                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Expériences professionnelles

Mme : .....

.....

Mr : .....

.....



## PARCOURS RESIDENTIEL

(merci de hiérarchiser de 1 à 5)

|   | Mme                      | Mr                       | Merci de préciser à quelle date |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Domicile personnel (bailleur social)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Domicile personnel (bailleur privé)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Propriétaire  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Domicile des parents ou famille   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Hébergement par des tiers   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Nuitées d'hôtel   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Hébergement d'urgence   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Hébergement de stabilisation  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Hébergement d'insertion   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Lits Halte Soins Santé  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Etablissement ou accueil familial dans le cadre de la protection de l'enfance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Hébergé en Plan Grand Froid   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| FJT (Précisez) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| ALT (Précisez).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Résidence sociale (précisez) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Maisons relais (précisez) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Résidence d'accueil (précisez) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Etablissement sanitaire   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Prison  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Etablissement médico-social pour Handicapés                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Hébergement mobile ou de fortune (squat, caravane, camping,...)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Sans domicile   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |
| Colocation  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                           |

### Rupture d'hébergement/logement

Pas encore en rupture

En rupture depuis .....



## LES RESSOURCES

|                                | Mme                      | Mr                       |   |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Montant                        | ..... €                  | ..... €                  |   |
| Sans ressource                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Endettement</b>  |
| En attente de ressource        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| RSA Majoré                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Montant à préciser si possible : .....€                   |
| RSA                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dossier de Surendettement déposé                          |
| Indemnités Journalières        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| AAH                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Date du dépôt : .....                                     |
| Pôle Emploi                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | N° Banque de France : .....                               |
| Prestations CAF                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Revenus d'activité et de stage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Contrat Jeune Majeur           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Garantie Jeune                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Epargne                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Autre (précisez) .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |

### Aides financières déjà perçues :

.....

.....



## SITUATION JUDICIAIRE

### Passé ASE

|                           |                          |                          |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                           | Mme                      | Mr                       |
| Antécédent de placement : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédent CJM            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Justice

|                         |                          |                          |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Antécédent judiciaire   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suivi de probation      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Obligations judiciaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(Précisez) : Mme : ..... / Mr : .....



## SANTE

### Madame

Suivi médecin traitant :  Oui  Non  
 Médecin traitant : .....  
 Suivi service Hospitalier :  Oui  Non  
 Service : .....  
 Médecin : .....  
 Suivi CMP  Oui  Non  
 A.S. Référente : .....

### Monsieur

Suivi médecin traitant :  Oui  Non  
 Médecin traitant : .....  
 Suivi service Hospitalier :  Oui  Non  
 Service : .....  
 Médecin : .....  
 Suivi CMP  Oui  Non  
 A.S. Référente : .....

### **Problématiques repérés :**

#### **Addictologie :**

|                               |                          |                          |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Dont alcool                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dont toxicomanie            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dont conduites alimentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dont autres addictions      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

précisez : .....

#### **Santé Mentale :**

|                                 |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Dont souffrance psychique     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dont handicap mental          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dont troubles du comportement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### **Violences et maltraitances :**

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b><u>Etat physique dégradé (plaies) :</u></b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

#### **Handicap physique :**

|                                    |                          |                          |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b><u>Autres pathologies :</u></b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|



## RESEAU RELATIONNEL

Personne isolée :   
 Personne ayant des liens amicaux   
 Personnes ayant des liens familiaux

Animaux de compagnie :  
 Oui  Non  
 .....

### **Loisirs**

Inscription dans un club :  
 Oui  Non  
 Autres : .....

**Pour l'utilisateur**

**Avez-vous des besoins ?** .....

.....

**Avez-vous des souhaits ?** .....

.....

**Avez-vous des projets ?** .....

.....

**Avis du prescripteur**

**Préconisations / Orientations :**

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

**Commentaires par R&L**

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

## **PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER (OBLIGATOIREMENT)**

### ❖ **Identité (de tous les membres demandeurs)**

- Français ou ressortissant d'un état membre de l'Union Européenne (UE), de l'Espace Economique Européen (EEE) ou de la confédération helvétique : pièce justificatif d'identité
- ou Etrangers hors UE, EEE, Suisse : titre de séjour en cours de validité ou récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour (arrêté du 15 mars 2010)
- Français ou ressortissant d'un état membre de l'Union Européenne (UE), de l'Espace Economique Européen (EEE) ou de la confédération helvétique : pièce justificatif d'identité
- Ou Réfugiés : carte de résident
- Si enfants : livre de famille

### ❖ **Situation de famille**

- Marié : livret de famille
- Ou Pacsé : attestation d'enregistrement du PACS
- Ou Veuf : certificat de décès ou livret de famille
- Ou Divorcé/séparé : extrait du jugement/ordonnance de non conciliation/ordonnance de protection délivrée par le juge aux affaires familiales/autorisation résidence séparée/déclaration de rupture de PACS
- Si enfant attendu : certificat de grossesse

### ❖ **Ressources (de chaque demandeur)**

- Salarié : trois derniers bulletins de salaire
- Ou Non salarié : dernier bilan/attestation du comptable de l'entreprise évaluant le salaire mensuel perçu
- Ou Demandeur d'emploi : notification des droits de Pôle Emploi (prise en charge et décompte)
- Ou Bénéficiaire d'indemnités journalières : bulletin de sécurité sociale
- Ou Bénéficiaire des minima sociaux : notification de la CAF/Mutuelle sociale agricole (RSA, AJE, APE, AAH, Prestations familiales)
- Notification pensions retraites, bourses d'études, pensions alimentaires, allocations familiales
- Photocopie de la carte d'étudiant, justificatif de stage
- Autres : .....

### ❖ **Imposition (de tous les demandeurs)**

*si le demandeur est rattaché aux parents, merci de joindre l'avis d'imposition ou de non-imposition des parents*

- Avis d'imposition ou de non-imposition (N-2)
- Avis d'imposition ou de non-imposition (N-1)

### ❖ **Justificatif de domicile**

- Trois dernières quittances de loyer ou attestation d'hébergement
- Autres : .....

### ❖ **Documents complémentaires**

- Relevé d'Identité Bancaire
- Une photocopie de la carte allocataire CAF

Tout dossier incomplet ne pourra pas être examiné et aucune entrée ne pourra avoir lieu sans le versement de la participation aux charges locatives, assurance et la signature préalable d'un contrat de résidence et d'un état des lieux.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant (Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi N° 2004-801 du 6 août 2004).

Fait le : \_\_\_\_\_ à :

Je certifie que les informations données sont exactes

Signature du candidat