

Merci de nous renvoyer sous format **Word par (email)** la fiche annuaire et la fiche valorisation des adhérents renseignées, pour le référencement de votre association ainsi que celui de vos établissements médico-sociaux sur notre site internet.

Fiche annuaire

APPARTEMENT DE COORDINATION THERAPEUTIQUE

Nom de l'association : _____

Nom de l'ACT : _____

Adresse :

Adresse mail :

Téléphone :

PROFIL DES PERSONNES ACCUEILLIES : (rayer les mentions inutiles) <ul style="list-style-type: none"> • homme seul • femme seule • couple • femme ou homme seul(e) avec enfant(s) • femme ou homme seul(e) avec enfant(s) malades • couple avec enfant(s) • Animal autorisé 	CAPACITE D'ACCUEIL : (inscrire le nombre de places) <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de places s autorisées : 	
MODE D'HEBERGEMENT : (rayer les mentions inutiles) Individuel : Semi-collectif : Collectif :	PATHOLOGIES PRINCIPALES PRISES EN CHARGE :	HANDICAP ET PROBLEMATIQUES ASSOCIEES :
MODALITES D'ADMISSION : (rayer les mentions inutiles) (Exemple :) <ul style="list-style-type: none"> • Dossier social • Dossier médical • Entretien médical avec la personne • Entretien social avec la personne • Commission d'admission 	CONDITIONS D'ADMISSION REQUISES : (Exemple :) <ul style="list-style-type: none"> • Pas de ressources minimales nécessaires • Pas de titre de séjour nécessaire mais possibilité de régularisation 	PERSONNE CONTACT POUR TOUTE DEMANDE D'INFORMATION :
Cette structure utilise le dossier social type d'admission en ACT et le dossier médical type d'admission en ACT		
DOSSIER D'ADMISSION A ADRESSER A :	DOSSIER MEDICAL A ADRESSER A :	