

CENTRE PRIMO LEVI

Centre de soins pour les personnes victimes de la torture et de la violence politique
107, avenue PARMENTIER 75011 PARIS - Métro: Parmentier (ligne 3) ou Goncourt (ligne 11)
escalier de droite, 2ème étage. Tel: 01.43.14.88.50 Fax: 01.43.14.08.28

DEMANDE DE CONSULTATION ADOLESCENT

Mineur accompagné/mineur isolé
(rayer la mention inutile)

Date de la demande:

Informations concernant le (la) mineur(e) :

Nom:..... Prénom:
Age: (date de naissance:-----) H/F :.....
Pays d'origine: Tel portable:
Date d'arrivée en France :
Français parlé : oui / non----- autre langue parlée : ---

Coordonnées du partenaire adressant le(la) jeune :

Nom : ----- --Fonction :-----
Institution : -----
Tél : ----- E-mail : -----

Mineur accompagné : Informations sur sa famille

Nom du père :----- Prénom :-----
Nom de la mère :----- Prénom :-----
Adresse : -----
Téléphone portable : -----
Date d'arrivée en France : -----
Composition de la famille : -----
Place du jeune au sein de la fratrie : -----
Statut des parents : -----
Autres informations à rajouter : -----

Autres informations :

1. Motifs de la demande actuelle :

2. Difficultés exprimées par le (la) jeune :

3. Motifs pour lesquels le (la) mineur(e) a dû quitter son pays :



Pour les mineurs isolés (partie ci-dessous à remplir)

Si prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance:

1. Responsable protection de l'enfance :

- 1. Nom/prénom :
- 2. Adresse :.....
- 3. N° de tél :.....

2. Coordonnateur de projet enfant/famille :

- 1. Nom/prénom :.....
- 2. Adresse :.....
- 3. N° de tél :.....

3. Référent enfant/famille :

- 1. Nom/prénom :.....
- 2. Adresse :.....
- 3. N° de Tél :.....

4. Psychologue protection de l'enfance :

- 1. Nom/prénom :.....
- 2. Adresse :.....
- 3. N° de Tél :.....

Suivis déjà mis en place :

1. suivi **psychiatrique** :

.....

2. suivi **médical** :

.....

3. suivi **social** :

.....

4. suivi **juridique** :

.....

Scolarité :

- 1. niveau scolaire actuel :.....
- 2. établissement fréquenté :.....
- 1. adresse /Tél :.....

Prise en charge des transports

L'institution s'engage à prendre en charge la totalité des transports (métro/bus/RER/train SNCF) pour permettre au jeunede se rendre régulièrement à ses rendez-vous au Centre de soins Primo Levi.

Fait à Date :..... Nom du référent et signature:

Cadre réservé à l'accueil

date de la 1^{ère} consultation au Centre Primo Levi

Jour/heure:

Nom de l'intervenant: