

# DOSSIER DE CANDIDATURE

## Appartements Thérapeutiques Relais

Dossier à retourner complet à :  
Tempo Oppelia  
Service ATR



**Adresse postale**  
4 rue ampère  
26000 VALENCE



**Fax**  
04.75.40.12.55



**Mail**  
tempo@oppelia.fr

### RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Coordonnées de la structure prescriptrice

---

---

---

Nom et prénom du candidat

---

---

Nom et fonction du professionnel référent

---

---

# FICHE ADMINISTRATIVE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin

Masculin Date de naissance : \_/\_\_\_\_\_/\_\_

Adresse domicile : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

n° téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Département : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

## Situation familiale

Enfants :  Oui  Non

Si oui, nombre et âge(s) : \_\_\_\_\_

Enfants à charge :  Oui  Non

## Logement

Adresse du logement envisagé après le séjour ou en cas de rupture de séjour  
(attestation de logement/d'hébergement à joindre à votre dossier) :

\_\_\_\_\_

Ou inscription SIAO 26 et Numéro Unique Départemental de demande de logement social  
de la Drôme (joindre le numéro de dossier).

\_\_\_\_\_

## Ressources

Salaires  A.A.H.  ASSEDIC  A la charge d'un tiers  RSA

Indemnités journalières  Pension d'invalidité  Autre  Pas de revenu

## Couverture sociale

Régime général (S.S.)  A.M.E.  Sécu+Mutuelle  S.S. d'un tiers

Assurance perso.  CMU  CMU C  S.S. à 100%

## Protection juridique

Tutelle  Curatelle

Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP)

Mesure d'accompagnement judiciaire (Maj)



Prises en charge thérapeutiques déjà effectuées en addictologie et en psychiatrie :

---

Dates	Lieux & Types (hospitalisation, communauté thérapeutique, AT, ACT, CTR...)	Motifs	Observations (si arrêt des séjours, motifs)

Professionnels impliqués dans l'accompagnement :

---

- Médecin  
Nom : \_\_\_\_\_
- Psychiatre  
Nom : \_\_\_\_\_
- Infirmier/ère  
Nom : \_\_\_\_\_
- Educateur/trice spécialisé(e)  
Nom : \_\_\_\_\_
- Psychologue  
Nom : \_\_\_\_\_
- Assistant(e) social(e)  
Nom : \_\_\_\_\_
- Autre - précisez : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_

Projet prévu après le séjour :

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_