



FORMULAIRE D'ANNONCE DE SITUATION DE JEUNES EN T1

Dans le présent document toute désignation de personne, de statut ou de fonction s'entend indifféremment au féminin et au masculin.

Bénéficiaire annoncé dans le cadre d'une prise en charge par Avenir 15-25 ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Bénéficiaire annoncé dans le cadre d'une TRO CII complexe ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

DONNEES ET SITUATIONS PERSONNELLES

Nom		Prénom	
Adresse		NPA Localité	
Date de naissance		NSS	
Nationalité		Titre de séjour En CH depuis	
Téléphone N° portable Adresse e-mail		Etat civil	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié-e <input type="checkbox"/> veuf-ve <input type="checkbox"/> séparé-e <input type="checkbox"/> divorcé-e <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat depuis le
Enfants		Autres personnes à charge	
Sous curatelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui : Nom, prénom Adresse du curateur Tél.	

DONNEES PERSONNELLES DU REPRESENTANT LEGAL

Filiation	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Les deux	Si autre représentant légal	A préciser :
Nom		Prénom	
Adresse		NPA Localité	
Téléphone		Mail	



FORMULAIRE D'ANNONCE DE SITUATION DE JEUNES EN T1

1 **SITUATION PRIVEE** (Point 2 de la grille d'évaluation)

2 **SITUATION PSYCHOSOCIALE – FACTEURS PERSONNELS** (Point 2 de la grille d'évaluation)

(Facteurs personnels de risques prédominants)

3 **SITUATION SCOLAIRE / PROFESSIONNELLE** (Point 1 de la grille d'évaluation)

Le bénéficiaire est-il passé par le guichet unique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Le bénéficiaire est-il passé par Jeunes à risque ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Le bénéficiaire a-t-il eu un placement en institut spécialisé ?	<input type="checkbox"/> oui Si oui, laquelle?	<input type="checkbox"/> non



FORMULAIRE D'ANNONCE DE SITUATION DE JEUNES EN T1

4 **ORGANISMES IMPLIQUES – COLLABORATEURS IMPLIQUES/CONTACTES**

(Point 1 de la grille d'évaluation)

	Coordination réseau établie selon pièces du dossier
ORP :	<input type="checkbox"/>
OSP/CIO :	<input type="checkbox"/>
OAI :	<input type="checkbox"/>
CMS :	<input type="checkbox"/>
OASI :	<input type="checkbox"/>
SFOP :	<input type="checkbox"/>
ADDICTION VS :	<input type="checkbox"/>
SUVA :	<input type="checkbox"/>
OES :	<input type="checkbox"/>
OPE :	<input type="checkbox"/>
CDTEA/CCPP :	<input type="checkbox"/>
SPPEA :	<input type="checkbox"/>
TRIBUNAL DES MINEURS :	<input type="checkbox"/>
AUTRES :	<input type="checkbox"/>

5 **SITUATION MEDICALE**

Question(s) spécifique(s) éventuelle(s) pour le médecin :

-
-
-
-
-

Nom, prénom / tél. du/des médecin(s) traitant(s) :

-
-
-
-
-



FORMULAIRE D'ANNONCE DE SITUATION DE JEUNES EN T1

6 ATTENTES EN MATIERE DE CII

7 CONCLUSION – DECISION BUREAU

