

# SOUTIEN EN ETABLISSEMENT MEDICAL SPECIALISE

Nom, prénom, promotion,

Qualité, n° de tel de l'intervenant :

Nom, Prénom de l'ayant droit :

Promotion et N° adhérent de l'ayant droit :

Situation professionnelle

Situation familiale :

Qualité autre de l'ayant droit :

Résumé de la situation :

Objet de la demande :

Nom de l'établissement médicalisé :

Adresse de l'établissement :

Référent (famille, tutelle, autre) :

N° téléphone/E-mail du référent :

Prise en charge par organismes sociaux militaires et ou civils :

**Si demande d'aide financière ou secours, compléter la fiche concernée à votre disposition ou sur demande auprès de la commission solidarité ([diffusion.solidarite@arpete.com](mailto:diffusion.solidarite@arpete.com))**