

Centre de Jour Val Horizon

49 bis, rue Emile Pagnon

19100 BRIVE

Tél. : 05 55 18 05 80

DEMANDE D'ORIENTATION AU CERR 19

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Médecin traitant (nom + n° tél.) :

Autres intervenants (référent CMP-SAMSAH-ESAT.....) :

Adressé par :

Diagnostic :

Traitement actuel :

Objectif des soins en réhabilitation psychosociale selon l'utilisateur :

Objectif des soins en réhabilitation psychosociale selon le prescripteur :

Suite au verso ↩

Objectif général de l'orientation :

- Reprise d'un projet d'insertion scolaire, universitaire ou formation professionnelle
- Reprise d'un projet de vie en logement indépendant
- Autre :

Statut MDPH :

ALD 30 :

Mesure de protection :

Date :

Signature de l'utilisateur,

Signature du prescripteur,

[Merci d'adresser cette demande au secrétariat médical du Pôle de Réhabilitation psychosociale :](#)

Soit par courrier au : 49 bis, rue Émile Pagnon 19100 BRIVE

Soit par Fax au : 05 55 18 05 89

Soit par Mail : smedical.brive@chpe.fr