

Date d’envoi de la fiche :

……………/……………/…………….

**Tremplin Sport**

FICHE D’ORIENTATION

|  |
| --- |
| **Fiche à envoyer au**  **C**omité **D**épartemental **O**lympique et **S**portif de M&M  3 Avenue du Rhin, 54320 Maxéville  Ou par Mail : [insertion@cdos54.fr](mailto:insertion@cdos54.fr) |
| *Tampon de la structure*    **1. Travailleur Social**  Origine de l’orientation : ……………………………  Adresse : ………………………………………………….  ………………………………………………….  C.postal :………………. Commune :………………….  Nom du Travailleur Social : ……………………………  Tél. standard :………/…….…/………/………/…….. Email :…………………………………. |
| **Renseignements complémentaires** :  Hébergement de la personne :  □ Domicile personnel □ CHRS  □ CADA □ Autre : ……………………………  Couverture médicale :  □ Régime général □ CMU de Base □ Aide Médicale Etat  □ CMU/ CMU-C □ Sans couverture  Ressources perçues :  □ RSA □ Pôle Emploi □ AAH □ Retaite  □ Prestations sociales □ Salaire □ Autres : ………  **2. Renseignements concernant la personne**  NOM - Prénom : ……………………………………………..  Sexe : □ F □ M  Situation familiale : □ Célibataire □ Marié(e)/PACSE □ Séparé(e)  Nombre d’enfants : ……  Date de Naissance : ......../………/…………  Adresse : ……………………………………………………...  ………………………………………………………  C. postal :………………..Commune :………………………………….  Tél. : ………/…….…/………/………/……..  Mail : …………………………………………. |
| **3. Exposé de la situation :**  **4. Choix de(s) l’activité(s) (limité à 2 activités par personne) :**  **5. Axe(s) de travail :** □ AUTONOMIE □ SANTE □ SOCIALISATION  **Signature et engagement du Participant** **Signature du Travailleur Social**  « Je reconnais n’avoir aucun problème de santé grave  qui empêcherait la pratique d’activité Tremplin Sport »  Autorise d’être pris en photo : □ Oui □ Non |