



Demande d'Accompagnement Social

Date :		Date d'entrée
Professionnel :		
Service / tél. :		
Adresse complète:	L -	

Caractéristiques du ménage demandeur

Rue et n° :		L -		
1. Tél.:	2. Tél.:	3. Fax :		
Membres ménage	adulte	adulte	adulte	adulte
Nom				
Nom de jeune fille				
Prénom				
Matricule (d.naiss.)				
Sexe	<input type="checkbox"/> mas. <input type="checkbox"/> fem.	<input type="checkbox"/> mas. <input type="checkbox"/> fem.	<input type="checkbox"/> mas. <input type="checkbox"/> fem.	<input type="checkbox"/> mas. <input type="checkbox"/> fem.
Etat civil				
Nationalité				
Lien familial	////////////////////			
Profess./occupat.				
RMG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Membres ménage	enfant	enfant	enfant	enfant
Nom				
Prénom				
Matricule				
Sexe	<input type="checkbox"/> mas. <input type="checkbox"/> fem.	<input type="checkbox"/> mas. <input type="checkbox"/> fem.	<input type="checkbox"/> mas. <input type="checkbox"/> fem.	<input type="checkbox"/> mas. <input type="checkbox"/> fem.
Etat civil				
Nationalité				
Lien familial				
Profess./occupat.				
Ecole / Classe				
Remarque :				

Explication succincte de la situation (en accord avec le client)	
<p>1. Problème(s) actuel(s)</p> <p>(d'ordre physique, psychique, sociales, culturelles, í)</p>	
<p>2. Ressource(s) actuelle(s)</p> <p>(d'ordre physique, psychique, sociales, í)</p>	
<p>3. Objectifs</p> <p>(souhaités par í , nécessaires car, í)</p>	
<p>4. Démarches et aides antérieures</p>	
<p>5. Autres intervenants (coordonnées)</p>	

Le demandeur soussigné, déclare par la présente autoriser M/MME
(profession).....au service
à communiquer la présente demande au service d'accompagnement social. Cette autorisation est donnée en toute connaissance de cause.

signature du professionnel

date et signature du demandeur
(faire précéder de lu et approuvé)

La demande est à envoyer à :
Ligue médico-sociale / Direction sociale Rue Henri VII, 21-23 L-1725 Luxembourg