

# FICHE NAVETTE SOLIPAM

FAX : 01.48.24.19.29

MAIL : [secretariat@solipam.fr](mailto:secretariat@solipam.fr)

Je certifie avoir informé la personne concernée de la transmission de ces informations à votre structure.

## ORIGINE DE LA DEMANDE :

Institution :

Date :

Nom :

Tel / Fax :

Fonction :

Mail :

## DEMANDE CONCERNANT :

Nom :

Nationalité :

Prénom :

Langue parlée :

Date de naissance :

**TELEPHONE :**

## MOTIF D'ORIENTATION (évaluation des besoins de la personne) :

### SOCIAL

#### Situation administrative

En France depuis :

Séjour régulier :  Oui  Non

Si oui :  CNI  
 Demande d'Asile  
 Titre de séjour

#### Couverture maladie

#### Ressources

#### Hébergement

#### Domiciliation :

#### Service social rencontré :

### MEDICAL

Nb grossesses antérieures (IVG, fausse couche, enfants) :

Date des dernières règles :

Date d'accouchement :

Grossesse suivie :  oui  non

Maternité de suivi :

Si autre structure :

#### Antécédents / pathologies / Rendez-vous :

Conjoint présent :  Oui  Non Identité :

Enfants présents à charge :

Autres informations utiles :

Association Solidarité Paris Maman Ile-de-France - 52 rue Richer - 75009 Paris. Siret : 490 909 496 000 39 NACE 9499Z – [www.solipam.fr](http://www.solipam.fr)

**CONFIDENTIALITE** : Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire et de nous contacter au numéro de téléphone suivant : 01 48 24 16 28.