

FICHE NAVETTE SOLIPAM

FAX : 01.48.24.19.29

MAIL : contact@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 8690F – 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.

MAJ le 11/06/2026