



Association de soutien thérapeutique aux victimes de la torture et de répression politique

**FICHE DE DEMANDE DE CONSULTATION - DATE : ... /... /...**

NOM : Date d'arrivée en France :  
Prénom : Pays d'origine :  
Date de naissance : Langue parlée :  
Genre : Procédure engagée :  
Adresse : Droits CPAM :  
Téléphone de l'intéressé(e) :

---

**Adressé par** (*Accompagnement social, accompagnement médical, entourage, autre ...*) :

STRUCTURE :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Personne référente :

---

**Demande(s) de l'intéressé(e)**

*Ces informations, qui sont facultatives, sont soumises à l'obligation générale de discrétion et de respect de la personne.*

- **Plaintes et symptômes :**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- **Autres informations :**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- **Merci d'indiquer si des orientations vers d'autres lieux de soin ont été réalisées :**