

PROGRAMME AVanCér DE L'ACCUEIL DE JOUR ARRPAC

ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL EXPÉRIMENTAL

Après un échange avec votre médecin, vous êtes convaincu(e), ainsi que votre aidant, de l'intérêt que présente pour vous votre inclusion dans le programme AVanCér de l'accueil de jour ARRPAC.

Notre équipe de professionnels sera heureuse de vous accueillir et mettra tout en œuvre pour que votre parcours aboutisse à un meilleur projet de vie pour vous-même et vos proches.

Nous vous remercions de renseigner la fiche ci-contre et de ne pas hésiter à nous solliciter si vous rencontrez des difficultés en contactant le 04 82 90 54 86 ou par email : contact@gcsms-arrpac.fr

DEMANDE D'ADMISSION

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone mobile :

Téléphone fixe :

Email :

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

Date de votre accident vasculaire cérébral ou de votre traumatisme crânien : _____

Date de votre retour à domicile : _____

Nom et prénom de votre médecin traitant et/ou du spécialiste qui vous adresse :

Médecin traitant : _____

Spécialiste : _____

A-t-il validé votre capacité à réaliser une activité physique adaptée ?

OUI NON

Pour confirmer votre inscription à ce dispositif, que vous soyez adressé(e) par votre médecin traitant, un service hospitalier ou un établissement de rééducation, nous vous remercions de nous fournir les pièces suivantes destinées au médecin de l'accueil de jour :

- Certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'activité physique adaptée accompagné d'un électrocardiogramme
- Dernier compte-rendu d'hospitalisation en service de neurologie ou de rééducation
- Photocopie de votre dernière ordonnance.

Nous reprendrons contact avec vous rapidement pour finaliser les modalités de votre inscription définitive et vous donner toutes les informations administratives et pratiques nécessaires.

Date de votre demande :

Signature

Pour l'équipe d'ARRPAC
La Directrice

Valérie DEBROUVER

