

## DEMANDE D'APPARTEMENT THERAPEUTIQUE

### PARTIE MEDICALE

(document à adresser sous pli confidentiel au Dr Bouret, Centre Rimbaud,  
2 boulevard des Etats Unis, 42 000 St Etienne)

Nom et prénom :

Age :

Suivi médical effectué par (nom et coordonnées du médecin)

-  
-

Prise en charge psychiatrique : oui ( ) non ( )

Nom et coordonnées du médecin :

-  
-

Date des derniers vaccins :

- DTPolio :
- Hépatite B :

Traitement en cours :