



FICHE DE REFERENCEMENT

Date du référencement (JJ/MM/YY)	Référé par	Priorité
	<input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> E-mail/Courrier <input type="checkbox"/> Physiquement	<input type="checkbox"/> Haute (suivi requis sous 24h) <input type="checkbox"/> Moyenne (suivi requis sous 72h) <input type="checkbox"/> Faible (suivi sous 7 jours)

Déclaration de consentement
<p><input type="checkbox"/> Je soussigné(e),, comprends et accepte mon référencement vers</p> <p><input type="checkbox"/> Je comprends et accepte que mes informations personnelles puissent être recueillies, utilisées et traitées pour m'aider à avoir accès aux services dont j'ai besoin. L'organisation de référencement m'a énuméré les informations à partager.</p> <p><input type="checkbox"/> L'organisation de référencement m'a clairement expliqué la procédure de référencement, et m'a énoncé mon droit à y renoncer à tout moment.</p> <p>En signant ce formulaire, j'autorise le partage de mes informations personnelles.</p> <p style="text-align: right;">A, le</p> <p>Signature de la personne concernée par le référencement :</p> <p>Signature du tuteur ou de la personne référente (si personne mineure) :</p>

Référé par	
Organisation	
Nom du personnel de référence	
Position	
Contact (tel et mail)	

Référé à	
Organisation	
Nom du personnel d'accueil	
Position	
Contact (tel et mail)	

Informations personnelles			
Code(s) d'identification(s)		N* CNI/NINA/UNHCR ID	
Sexe		Date de naissance	
Nationalité		Langue	
Statut	<input type="checkbox"/> PDI <input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Réfugié	<input type="checkbox"/> PDI Retourné <input type="checkbox"/> Refoulé <input type="checkbox"/> Demandeur d'asile	<input type="checkbox"/> Rapatrié <input type="checkbox"/> Apatride <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :
Statut familial		Taille du ménage	
Contact (téléphone)		Contact personne aidant (téléphone)	

Si mineur.e			
Nom du tuteur/personne responsable		Contact (téléphone)	
Relation / lien de parenté avec l'enfant		Le tuteur est-il informé du référencement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce un enfant non-accompagné (ENA) ou séparé (ES) ?	<input type="checkbox"/> Oui, ENA <input type="checkbox"/> Oui, ES <input type="checkbox"/> Non		
Informations contextuelles (description du problème, durée, ...) :			

Vulnérabilités (plusieurs choix possibles)	
Liées à l'âge <input type="checkbox"/> Enfant victime ou à risque d'abus/négligence <input type="checkbox"/> Enfant victime de mariage précoce <input type="checkbox"/> Grossesse précoce/forcée <input type="checkbox"/> Parent isolé mineur <input type="checkbox"/> Enfant non accompagné/séparé <input type="checkbox"/> Enfant victime d'exploitation/Enfant talibé <input type="checkbox"/> Enfant victime d'exploitation sexuelle/ prostitution <input type="checkbox"/> Enfant associé aux forces et groupes armés <input type="checkbox"/> Personne âgée s'occupant de dépendants <input type="checkbox"/> Personne âgée isolée/inapte à s'occuper d'elle-même <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Liées au genre <input type="checkbox"/> Femme enceinte/allaitante <input type="checkbox"/> Femme seule ou chef de ménage <input type="checkbox"/> Personne recourant à la prostitution <input type="checkbox"/> Survivant.e de VBG <input type="checkbox"/> Survivant.e de traite/d'exploitation sexuelle <input type="checkbox"/> LGBTQ+ (Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres, Queer) <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Liées à la santé <input type="checkbox"/> Urgence médicale <input type="checkbox"/> Victime d'engin explosif/mine <input type="checkbox"/> Maladie chronique <input type="checkbox"/> Addiction <input type="checkbox"/> Grossesse difficile <input type="checkbox"/> Détresse psychosociale <input type="checkbox"/> Handicap mental <input type="checkbox"/> Handicap physique <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Liées la situation socio-économique <input type="checkbox"/> Sans domicile <input type="checkbox"/> Logement temporaire/précaire <input type="checkbox"/> Famille à charge <input type="checkbox"/> Sans ressources <input type="checkbox"/> Incapacité à travailler <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Autre <input type="checkbox"/> Survivant.e d'esclavage <input type="checkbox"/> Survivant.e. de la traite des êtres humains <input type="checkbox"/> Survivant.e de recrutement forcé <input type="checkbox"/> Survivant.e de torture <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Informations complémentaires :

Assistance demandée	
<input type="checkbox"/> Protection physique <input type="checkbox"/> Assistance médicale <input type="checkbox"/> Réhabilitation physique/aide technique <input type="checkbox"/> PSS/PSP/santé mentale <input type="checkbox"/> Accès à l'asile <input type="checkbox"/> Assistance juridique ou légale <input type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Réintégration socio-économique	<input type="checkbox"/> Assistance alimentaire <input type="checkbox"/> Assistance matérielle (NFIs) <input type="checkbox"/> Assistance financière <input type="checkbox"/> Abri/Hébergement sûr <input type="checkbox"/> Documentation <input type="checkbox"/> Détermination de l'intérêt supérieur de l'enfant <input type="checkbox"/> Retracement/Réunification familiale <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Veuillez expliquer les assistances déjà fournies :	

Réservée à l'organisation d'accueil	
Personne ayant assuré l'accueil	
Date	
Signature	
Octroi de l'assistance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement	
Explication :	