AGENCE NATIONALE D'ASSISTANCE MEDICALE ANAM

CONFIDENTIEL

FICHE D'ENQUETE SOCIALE N°...... /20...

Identification de l'enquêteur
Nom et prénom :
Qualité :
Service :
Téléphone:
Email:
Objet de l'enquête :
Enquête demandée par :
Concernant M. / Mme:
Date et lieu de naissance :
Sexe :
Filiation :
Situation matrimoniale :
Profession actuelle:
Adresse complète:
N°NINA :
Téléphone:
1
COMPOSITION DE LA FAMILLE :
Situation des Epouses :
Steamfor wes Epouses v
PREMIERE EPOUSE :
NOW ET BRENOW
NOM ET PRENOM.
Date et lieu de Naissance.
Filiation:
Profession
Nombre d'Enfants.
Situation des Enfants
DEUXIEME EPOUSE:
NOM ET PRENOM
Date et lieu de Naissance.
Filiation:
Profession.
Nombre d' Enfants
Situation des enfants.
TROISIEME EPOUSE:
NOM ET PRENOM.
Date et lieu de Naissance.
Filiation:
Profession
Nombre d'Enfants.
Situation des Enfants.

QUA'	<u> FRIEME EPOUSE</u>	<u>:</u>						
NOM	ET PRENOM							
	et lieu de Naissance							
Filiati	on :							
	sion							
	re d'Enfants							
Situat	ion des Enfants					• • • •		
		SITUA	TION DES ENFA	ANTS:				
	D		B		T		G	
N°	PRENOMS ET NOMS DES ENFANTS		DATE ET LIEU DE NAISSANCE		FILIATION		SITUATION	
			NAISSANG	, E				
Nom	bre d'enfants Ha	ndicapée :						
Nom	bre de personne	s à charge :						
	-	<u> </u>						
	RES PERSONNES	0	_ \ <u>_</u>	ser leur non	ibre, le lien de	parenté q	ui	
les unit à l'enquêté, la profession qu'ils			, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,					
N	oms et prénoms	ns et prénoms Date et lieu		Lien de	de parenté P		ofession	
RESS	OURCES ET CON	IDITIONS DE V	TE DE L'ENO	UETE (E)				
11200	001102021 001	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		(2)				
-salair	e : (préciser les mor	ntants)						
	on	*						
-alloca	ations familiales -pro	éciser les montant	s					
Autres	s sources de revenu	(à préciser le mon	tant) :					
	CHARGES DE L'E			_	*			
-	:							
Impôt Dettes							•	

Aliments:....

Santé :
HABITAT:
EXPOSER DETAILLE DES FAITS : a) antécédents personnels
b) antécédents familiaux :
c) antécédents sociaux :
d) SITUATION ACTUELLE
e) DIAGNOSTIC
Observation de l'Enquêteur
Fait à Le//20

SIGNATURE DE L'ENQUETEUR

VISA DU CHEF DE SERVICE SOCIAL

NB

- 1) Les éléments de l'enquête sont confidentiels et ne peuvent en aucun cas être publiés ni communiqués à une tierce personne étrangère au service social ou à l'organisme demandeur de l'enquête ;
- 2) Toute manipulation du rapport doit être motivée par le souci de résoudre le problème posé au client, les éléments relatifs à la filiation, aux ressources et aux charges doivent être préservés ;
- 3) Toute information volontairement fausse visant à obtenir de façon frauduleuse un secours peut exposer à des poursuites judiciaires. /.

<u>Adresse</u>: Hamdalaye ACI 2000 Rue : 390 Porte : 465 Bamako - MALI. Téléphone : 20 23 28 46 Fax : 20 23 28 47 E-mail : <u>anam@assistancemed-mali.com</u> Site : <u>www.assistancemed-mali.com</u>