



CARTE MÉMO

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

Contacts de mon service de soin référent _____

Contacts de ma/mes personnes de soutien et/ou personnes de confiance _____

Ma situation familiale _____



Guide Prévention et Soins
en santé mentale

Si je dois être hospitalisé-e _____

Ce que je souhaite qu'on indique à mes enfants _____

A qui je souhaite confier mes enfants _____

Où je ne souhaite pas qu'ils aillent _____

Date ____ / ____ / ____

Signature

Livret complet mon GPS Parents disponible : _____