



Coupon de référence pour la prise en charge des survivants de VBG

Partie 1 : A remplir par le prestataire de AC (Alternatives Cameroun)

A) <u>Identifiant du survivant</u>		
CUI :	sexe :	Genre : Age : contact :
Résidence :	Type de violence :	
B) Référence		
Date de référence (j/m/a) :	lieu de référence :	
C) Raison de la référence : _____		

Référé(e) par, Nom :	Tel :	signature :

Bref résumé du cas : _____

Partie 2 : A remplir dans le service externe

Coupon de contre-référence

Nom de celui qui reçoit :	Fonction :
Service :	
Date (j/m/a) :	Tel :
Actions entreprises: _____	

Rendez-vous si nécessaire (j/m/a et heure) :	
Signature :	

ALTERNATIVES-Cameroun

Association camerounaise pour la défense des Droits de l'Homme
BP 12 767 Douala - Tél: (+237) 243.117.869 - Mail: alternatives.cameroun@gmail.com
Site web: www.alternativescameroun.com