

## 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) <u>Référence</u>		
Date de référence (j/m/a) :	lieu de référence :	
C) <u>Raison de la référence</u> : _____		
_____		
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](mailto:alternatives.cameroun@gmail.com)  
Site web: [www.alternativescameroun.com](http://www.alternativescameroun.com)