

DECISIONS PRISES

Partie renseignée par le Coordinateur de pôle

CONTACTS PRIS POUR COMPLÉMENTS D'INFORMATIONS

Date : Contact : Objet :

Décision :

Date : Contact : Objet :

Décision :

Date : Contact : Objet :

Décision :

Date : Contact : Objet :

Décision :

1ère TABLE RONDE COORDINATION

Date : Lieu :

Présents :

.....
.....
.....
.....

REPONSES ACCOMPAGNÉES

Objectifs / actions posés :

-
-
-
-

Acteurs engagés :

- •
- •
- •

Référent de parcours nommé :

Date de réévaluation :



FICHE DE LIAISON POLE TERRITORIAL

Les informations relatives à la personne font l'objet d'un traitement informatisé selon les conditions prévues par la loi 78/17 du 6 janvier 1978 relatives à l'informatique, aux fichiers et libertés

- DINAN CENTRE-BRETAGNE CENTRE OUEST BRETAGNE
 GUINGAMP LAMBALLE SAINT-BRIEUC TREGOR-GOELO

DONNEES ADMINISTRATIVES

Date de la demande :

DEMANDEUR

Nom: Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

☎ ✉

Coordonnées du tuteur légal (le cas échéant) :

SITUATION ADMINISTRATIVE

Lieu d'accueil actuel :

Type orientation MDPH : Notification reçue Demande d'orientation en cours

Mesure de protection :

Inscription en Liste attente : Oui Etablissement / Service :
 Non

PROFESSIONNEL ACCOMPAGNANT LA DEMANDE

Nom : Prénom :

Fonction : Nom de l'établissement ou service :

Adresse :

☎ ✉

ANALYSE DE LA SITUATION

BESOINS / ATTENTES EXPRIMÉS PAR LA PERSONNE

Besoins / problématiques repérés :

.....
.....

.....
.....
Attentes exprimées :

.....
.....
ÉLÉMENTS DE PARCOURS (Soin, médico-social, scolaire...)

.....
.....
PROBLEMATIQUE REPEREE

DESCRIPTION DE LA SITUATION

Santé / Hygiène de vie :

.....
.....
Ressources / Administratifs :

.....
.....
Capacités fonctionnelles / Autonomie de vie quotidienne :

Vie sociale et relationnelle :

.....
.....
Scolarité / Formation / Travail ... :

.....
.....
Logement :

.....
.....
Situation de handicap :

REPERÉES DANS LA SITUATION PAR LA PERSONNE ET LE PROFESSIONNEL

PISTES DE SOUTIEN IMAGINÉES / ACTIONS A ENVISAGER

.....
.....
Actions / aides déjà mises en places :

.....
.....
Actions / aides à envisager

.....
.....
.....
.....
ACCORD DU BENEFICIAIRE pour présentation de la situation au pôle territorial avec des professionnels du secteur social, de l'insertion, du sanitaire, du médico-social ... : (après avoir eu connaissance de la fiche de présentation du pôle)

Nom Date Signature