

 MAISON DE L'AUTONOMIE	REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS
FICHE DE SAISINE	DISPOSITIF D'ORIENTATION PERMANENT

PERSONNE CONCERNEE

NOM	
PRENOM	
Date de naissance	
N° MDPH	
Adresse	

CDAPH

Orientation(s) CDAPH en cours :

REPRESENTANTS LEGAUX

Enfants :

Père NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
 Tel : _____ Mail : _____

Mère NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
 Tel : _____ Mail : _____

Autre : (préciser statut/ NOM / Prénom/ Coordonnées)

L'enfant est-il concerné par une mesure de protection de l'enfance ?

Non Oui.

Si oui, type de mesure :

Adultes : Protection juridique : OUI NON

Si oui, préciser : tutelle curatelle sauvegarde de justice

NOM/Prénom/Coordonnées du tuteur/curateur :

CONSETEMENTS

Je soussigné,

- Père
- Mère
- Autre (tuteur...)

Représentants légaux de.....autorisent les professionnels du Dispositif d'Orientation Permanent de la MDPH 06 à échanger avec les professionnels concernés par l'accompagnement de la personne intéressée.

SIGNATURES :

SAISINE A LA DEMANDE DE

NOM	
Prénom	
Coordonnées	
Poste	
Etablissement / Service	

La demande a-t-elle été faite en concertation avec les partenaires concernés par la situation ?

<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui.

Intervenants et/ou professionnels libéraux dans la situation de la personne

NOM	
Coordonnées	
Fréquence d'intervention	
Secteur d'activité	<input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Sanitaire <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Education Nationale <input type="checkbox"/> Prestataire de service
NOM	
Coordonnées	
Fréquence d'intervention	
Secteur d'activité	<input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Sanitaire <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Education Nationale <input type="checkbox"/> Prestataire de service
NOM	

Coordonnées	
Fréquence d'intervention	
Secteur d'activité	<input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Sanitaire <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Education Nationale <input type="checkbox"/> Prestataire de service

SITUATION ACTUELLE JUSTIFIANT L'INTERPELLATION :

<input type="checkbox"/> Inadaptation des réponses connues
<input type="checkbox"/> Indisponibilité des réponses connues
<input type="checkbox"/> Risque ou constat de rupture
<input type="checkbox"/> Autre

Description des difficultés rencontrées, démarche(s) engagée(s) et motif(s) de non-réalisation :

Description de la situation actuelle de la personne (Lieu de vie, organisation quotidienne, scolarité, emploi, activités...)

Besoins de la personne

BESOIN EN MATIERE DE SANTE SOMATIQUE OU PSYCHIQUE

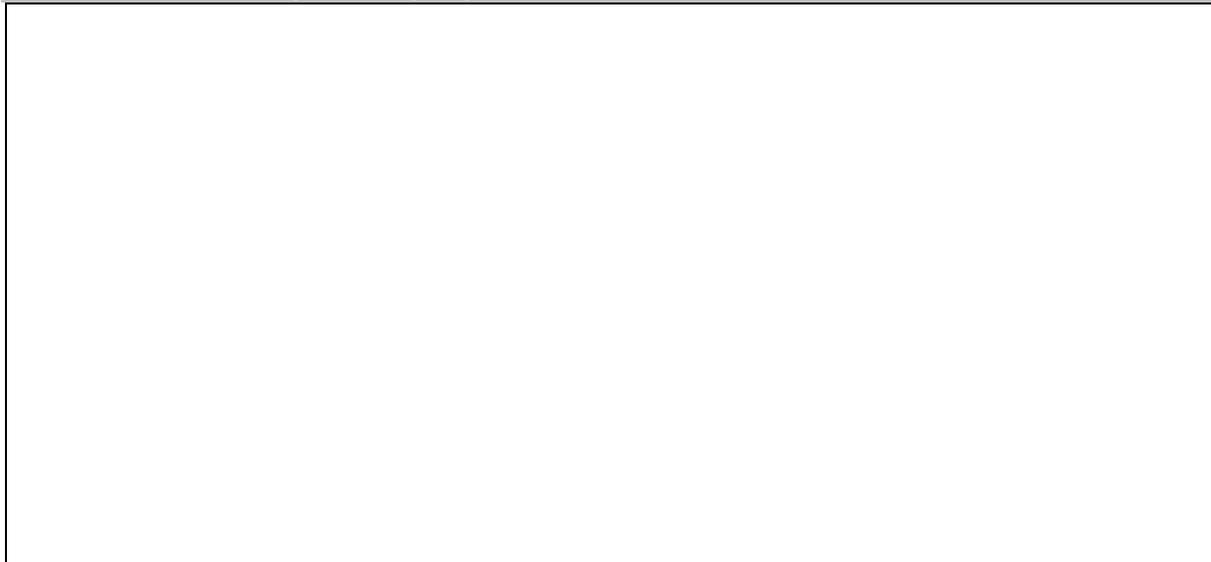
BESOIN EN MATIERE D'AUTONOMIE (actes essentiels du quotidien, autonomie administrative, financière, mobilité, liens sociaux)

BESOIN EN MATIERE DE PARTICIPATION SOCIALE (lieux de vie, scolarisation, projet professionnel, emploi, transports, ressources, vie familiale)

Quelle est la demande de la personne et/ou de son entourage ?

Quelles actions ont déjà été menées (synthèse, essai, rencontre partenaire, accueil temporaire...) :

Quelles sont les réponses proposées ?



Date :

Signature du demandeur :

CADRE RESERVE A LA MDPH

Relève d'un PAG

OUI

NON

PROPOSITION D' ACTIONS

--