

PREMIERE DEMANDE – INTERVENANT PIVOT

Date de la demande : / / / 20 / /

Demandeur :

Nom/Prénom :

Adresse :

Numéro de tél : / / / / / / / /

Mail : _____ @ _____

Personne concernée par la demande : (pour un retour par version électronique, merci de bien vouloir indiquer que le prénom)

Date de naissance :

les deux parents ou les responsables légaux sont informés et en accord avec la demande

Problématique rencontrée :

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | <input type="checkbox"/> Scolarisation | <input type="checkbox"/> Vie professionnelle | <input type="checkbox"/> Situation familiale |
| <input type="checkbox"/> Inadéquation des services offerts | <input type="checkbox"/> Comportement problème | | |

Accompagnement actuel :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Attentes vis-à-vis de la demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Document à renvoyer au :

Centre de Ressource pour l'Autisme de Haute Normandie
4, rue Paul Eluard
B.P 45
76300 Sotteville-lès-Rouen