



**Un contact mail et/ou téléphonique** est le postulat à toute démarche de transmission de la fiche d'interpellation.

*A défaut, la fiche d'interpellation ne sera pas prise en compte.*

**Date du premier contact :** .....

## Fiche d'interpellation situation ADULTE

Date de rédaction : .....

**Nom et coordonnées de l'institution** (adresse et cachet).....

Nom, titre et coordonnées du rédacteur : .....

Coordonnées du Directeur (rice) : .....

N° dossier MDPH : .....

Conformément à la législation en vigueur en matière de traitement de données à caractère personnel, la personne concernée et ou son représentant légal autorise la transmission de cette fiche à la MDPH 02

Oui

Non

### Identification de la personne

<b>Nom :</b> <b>Prénom :</b>	<b>Né(e) le</b> <b>à :</b>	<b>Adresse :</b>
---------------------------------	-------------------------------	------------------

Renseignez synthétiquement les différentes rubriques :

<b>Droits et prestations ouverts</b>	<input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> RQTH <input type="checkbox"/> Orientation professionnelle <input type="checkbox"/> Orientation vers formation <input type="checkbox"/> Prestation Compensation du Handicap (PCH) <input type="checkbox"/> Autres .....	Orientation Etablissement et/ou service médico-social <input type="checkbox"/> ESAT <input type="checkbox"/> SAVS <input type="checkbox"/> CHRS <input type="checkbox"/> Foyer vie <input type="checkbox"/> MAS <input type="checkbox"/> Autres..... <input type="checkbox"/> FAM <input type="checkbox"/> Foyer logt	
<b>Mesures De protection juridique</b>	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Mandat protection future <input type="checkbox"/> MASP <input type="checkbox"/> Autres.....	
Nom de la personne ou de l'organisme tutélaire exerçant la mesure	<b>Nom :</b> <b>Prénom :</b> <b>Adresse :</b> <b>Tel :</b>	<b>Nom :</b> <b>Prénom :</b> <b>Adresse :</b> <b>Tel :</b>	<b>Nom :</b> <b>Prénom :</b> <b>Adresse :</b> <b>Tel :</b>

## Eléments de synthèse

→ Indiquez les éléments pertinents à la compréhension de la situation

Problématique repérée de la personne :

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

Démarches engagées auprès d'établissements et/ou services (indiquez si possible les dates) :

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

Identification des accompagnements sanitaires et paramédicaux :

Indiquez le nom de la ou les personne(s) référente(s) + fonction, le rythme de(s) intervention(s) et précisez si le ou (les) accompagnement(s) sont : « effectif(s) » – « en attente »- « rompu(s) ».

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

Situation sociale : (Logement, entourage, vie sociale, ressources)

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

Situation professionnelle (milieu ordinaire ; stages ; RQTH ; ESAT...)

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

Nom et coordonnées des personnes susceptibles d'être invitées au groupe de synthèse (GOS) :

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

### Partie réservée à la cellule de décision et d'orientation

<u>Orientation de la demande :</u>	<u>Motivations :</u>
Préconisation d'une nouvelle demande <input type="checkbox"/>	
Passage en GOS 1 <input type="checkbox"/>	
Passage en GOS 2 <input type="checkbox"/>	
Autres (préciser) <input type="checkbox"/>	