[](https://www.acolea.org/medico-social/)

**Fiche de liaison EMAPE AVEC REPIT**

**A remplir conjointement par le/la référent.e ASE de l’enfant ou de l’adolescent.e concerné.e et l’établissement de protection de l’enfance ou la famille d’accueil à l’origine de la demande**

Renseignements :

* Nom et prénom de l’enfant :
* Date de naissance*:* Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
* Sexe : F M
* N° de notification MDPH :

*Notification actuelle et antérieures à transmettre avec la fiche de liaison*

|  |
| --- |
| *Lieu de placement de l’enfant/adolescent (à cocher)* |
| Etablissement depuis le *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  Nom, prénom et coordonnées du **cadre de l’établissement de protection de l’enfance** à l’origine de la demande d’intervention :  Tél. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Association :  Nom de la structure :  Adresse de la structure *:*  Ou  Famille d’accueil depuis le *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  Nom, prénom et coordonnées de la **famille d’accueil** à l’origine de la demande d’intervention :  Tél. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Commune de résidence :  Ou  Placement externalisé depuis le *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  Nom, prénom et coordonnées cadre **du SAEE** à l’origine de la demande d’intervention :  Tél. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse du service :  Commune de résidence de la famille : |

|  |
| --- |
| *Référent(s) de l’Aide Sociale à l’Enfance* |
| Nom, prénom et coordonnées du/de la**référent.e ASE** de l’enfant/adolescent.e*:*  Tél. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Placement Autorité parentale   * Territoire(s) de rattachement : * Nom, prénom et coordonnées du/de la responsable du territoire*:* |
| Nom, prénom et coordonnées du/de la**référent.e ASE** de l’enfant/adolescent.e  Tél. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Placement Autorité parentale  *•* Territoire(s) de rattachement :  *•* Nom, prénom et coordonnées du/de la responsable du territoire*:* |

|  |
| --- |
| *Pour tout bilan médical et paramédical (passage et transmission)*  *ou accueil en répit, l’accord des détenteurs de l’autorité parentale est nécessaire* |
| * Les détenteurs de l’autorité parentale sont-ils informés de la demande d’intervention de l’équipe mobile d’appui à la protection de l’enfanceavec répit*?*   Oui Non   * Sont-ils favorables à notre intervention et sinon pourquoi ?   Oui Non  Commentaire :   * Le mineur protégé est-il informé de notre intervention ?   Oui Non |

|  |
| --- |
| Parcours de vie de l’enfant ou de l’adolescent.e en protection de l’enfance  *Parcours antérieur au sein de l’Aide Sociale à l’Enfance (placement, aide éducative) :*  *Du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à (lieu, service)*  *Du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à*  *Du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à*  *(ajouter des lignes si nécessaires)*  *Date d’entrée dans le lieu de placement actuel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Projet d’orientation vers un autre établissement de la protection de l’enfance ?* |

|  |
| --- |
| Précisions sur la situation de handicap et les besoins de compensation  *Notification et échéance (notification à nous transmettre avec la fiche de liaison) :*  *Démarches entrepris concernant la notification (exemple : liste d’attente, dossiers déposés, date de mise en place de l’aide humaine …) :*  *Un diagnostic a-t-il été posé ?*  *Oui  Non*  *Par qui ?*  *Parcours scolaire et/ou médico-social actuel et antérieur :*  *Liste et date des compte-rendu ou évaluations en votre possession :*  *(Exemple : hospitalisations, suivi CMP, Geva Sco, bilan psychométrique, bilan de suivi en libéral, profil sensoriel, ...)*  *-*  *-*  *-* |

|  |
| --- |
| Descriptif de l’enfant ou adolescent.e  *Spécificités de l’enfant ou adolescent en termes de communication, motricité, autonomie, socialisation*  Descriptif des difficultés rencontrées  *(Comportements défis, passage à l’acte, agressivité physique ou verbale envers soi ou les autres, communication, expression de la souffrance, …)*  **Veuillez inscrire les éléments factuels auxquels sont confrontés les professionnels du lieu de vie.** *ex : Nombre d’incidents, type de difficultés (violence sur autrui ou sur lui-même….)*  Quelles sont les réponses apportées à ces difficultés ? Quelles actions ont pu être mise en place ?  *(ex : renfort éducatif, aménagement spécifique de l’espace, de l’emploi du temps, séjours de rupture…)* |

|  |
| --- |
| Partenariats en place ou en attente de mise en place  *Merci de spécifier la fréquence d’intervention ou de rencontre, ainsi que* ***nom et coordonnées***  *(ex :* service médico-social ou sanitaire, EMAS, CMP, suivi libéral (orthophoniste, psychologue, psychomotricien, éducateur spécialisé…)) |

Emploi du temps actuel de l’enfant

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Demande d’intervention :  *Nous proposons une intervention globale, nous ne pouvons pas être sollicités exclusivement pour du répit ou une démarche diagnostique*  Pourquoi faire appel à l’EMAPE avec répit ? *(À cocher)*   * Appui aux professionnels du lieu de placement   Adaptation de l'accompagnement autour du handicap (réflexion autour de la pratique, mise en place d’outils)  Psycho-éducation (explication du handicap et répercussions)  Compréhension des comportements de l’enfant ou adolescent.e  Autre à développer   * Appui à la coordination autour de   Scolarité et accompagnement médico*-*social  Le dossier MDPH  Autre à développer *:*   * Appui au soin   Coordination en lien avec les partenaires de soin  Démarche diagnostique  ☐ Indications de soin   * Sensibilisation théorique *(Trauma, Trouble du Neuro Développement : Trouble du Développement Intellectuel, Trouble du Spectre de l’Autisme, Trouble du Déficit de l’Attention avec/sans Hyperactivité, comportement problème, …)* * Répit |
| *Précisez vos besoins pour chacune des missions cochées (peuvent concerner les professionnels ou/et l’enfant/adolescent) :* |

|  |
| --- |
| **Je confirme avoir expliqué et eu l’accord de l’intervention de l’EMAPE avec répit aux professionnels concerné par l’accueil de l’enfant, impliquant leur présence sur des temps définis ensemble.**  Date de la demande :  Nom et Prénom du référent ASE : Signature : |

**Fiche de liaison à transmettre à l’adresse :** [**emapeavecrepit@acolea-asso.fr**](mailto:emapeavecrepit@acolea-asso.fr)

Voir les modalités d’admission sur le formulaire ci-joint. L’accord des représentants légaux de l’enfant est facultatif si notre intervention se limite à du conseil/formation auprès des professionnels qui accompagnent l’enfant au quotidien. Il est obligatoire en cas de demande de répit ou de déploiement d’une démarche diagnostique.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l’EMAPE avec répit sous la responsabilité de Mme Nathalie Chapuis, directrice, pour ouvrir le dossier d’admission. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Salariés de l’EMAPE avec répit soumis à l’obligation de discrétion. Les données sont conservées pendant la durée de l’accompagnement par l’EMAPE avec répit. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d’informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter **notre délégué à la protection des données à l’adresse : hello@madamergpd.com**