



FICHE DE LIAISON

Date d'entrée : Date d'entrée

SAC ADOS 16/18 ans

VIDE TON SAC 18/25 ans

Adresser à : maison.parents@mairie-compiegne.fr

ORGANISME PRESCRIPTEUR :

ÉDUCATION NATIONALE précisé (psychologue, infirmière, directeur...) Assistante social CPE

INFIRMIÈRE SCOLAIRE SERVICES DE LA VILLE PARTENAIRE EXTÉRIEUR

Autre (précisez) : Description.

Nom de la personne qui fait la demande : NOM Prénom

NOM ET PRÉNOM: NOM Prénom

DATE DE NAISSANCE : Date

N° de téléphone :

Mail :

SEXE : M F Autre genre

Établissement : Ecole REP + **CLASSE :** Classe

NOM / PRÉNOM DU RESPONSABLE LÉGAL : (si souhaité)

Adresse : Adresse

N° de téléphone du responsable légal : Téléphone

Père (s) : NOM Prénom

Mère (s) : NOM Prénom

Adresse mail : e-mail

Problématique(s) majeure(s) :

Comportement Scolaire Absentéisme Familiale

Ouverture culturelle, sport et loisirs Santé / Hygiène Concentration Estime de soi Inhibition

Compréhension Autre(s), précisez :

N'OUBLIEZ PAS DE REMPLIR LE DOS DE LA FEUILLE !

Merci de nous faire part des besoins précis dans l'ordre de priorité au sein de la plateforme qui pourrait être revu ou modifié en fonction du suivi

Psychologue Bilan Psychologique Éducateur spécialisé Art-thérapeutes

Sophrologue Diététicienne Parentalité Ouverture culturelle ou sportive

Stage psychopédagogique (confiance en soi chez le jeune) Jeune parents

Graphologue Stage orthopédagogique Orientation Coach

Autres : Description

Êtes-vous suivi par le service de l'aide sociale à l'enfance le CMP, le CMPP, la PCO ou le CAMSP ? OUI/NON

Si oui merci de préciser :

Exposé succinct des difficultés rencontrées :

Objectifs du suivi /vers quelle finalité :

A remplir par la Maison Des parents

Entretien famille :

Date du rendez-vous :