



## Equipe Mobile ASE-Handicap E.M.A.H

### FICHE DE LIAISON

**Fiche de liaison à retourner à l'E.M.A.H.**

Par courrier : avenue de la gare, 64270 SALIES DE BEARN

Par mail : [emah@pep64.org](mailto:emah@pep64.org)

Tel : 06.16.26.83.92

**Date de la demande :**

#### Identification du demandeur

Etablissement/service du secteur social       Etablissement/service du secteur médico-social

Nom - Prénom :

Fonction ou lien de parenté :

Téléphone :

Mail :

Validation de l'intervention par le Cadre de la Protection de l'Enfance :  oui     non

Nom – Prénom du Cadre de la Protection de l'Enfance :

Signature du cadre de la protection de l'enfance :

Le ou les représentants légaux du jeune ont donné leur accord pour l'intervention de l'E.M.A.H. :

oui     non

#### Identification du jeune

Nom - Prénom :

Date et lieu de naissance :

Téléphone :

Mail :

Numéro de Sécurité Sociale :

**Notification MDPH :**  Orientation :

Jusqu'au :

En cours

#### Situation familiale

**Père :** Nom - Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

**Mère :** Nom - Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

**Situation des parents :**  Vie commune

Séparation / divorce

Modalités de garde :

**Autorité parentale :**  Conjointe     Mère     Père     Autre (délégation...) :

**Mesure éducative en cours :**

- AED                       AEMO                       Placement administratif  
 Placement judiciaire                       Autre :

**Fratrie :**

### Situation du jeune

Lieu de vie actuel :

Scolarité :

Type de handicap :

Historique du parcours :

Le jeune présente-t-il :

- Troubles du comportement                       Oui                       Non
- Passages à l'acte                       Oui                       Non
- Mise en danger pour le jeune ou pour autrui                       Oui                       Non
- Débordements et conflits avec l'autorité                       Oui                       Non
- Conduites à risques (fugues, violences...)
- Situation de rupture de parcours en lien avec le handicap                       Oui                       Non

### Modalités d'accompagnement actuelles

EMPLOI DU TEMPS							
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
Matin							
Midi							
Après-midi							
Soir							

### PARTENAIRES

SOCIAL	MEDICO-SOCIAL	MEDICAL et PARAMEDICAL
Service/établissement :	Service/établissement :	Service/établissement :
Nom du référent :	Nom du référent :	Nom du référent :

Difficultés rencontrées par le **jeune** et  
Par son **entourage** (famille et professionnels)

Difficultés vous amenant à solliciter aujourd'hui l'E.M.A.H

Actions mises en place face aux difficultés

Attentes du jeune concernant l'intervention de l'EMAH

Attentes de la famille concernant l'intervention de l'EMAH

Attentes des professionnels concernant l'intervention de l'EMAH

- **Auprès du jeune :**

- **Auprès de l'équipe :**

- Besoin d'aide à l'éclairage clinique** : élaboration et analyse de la situation globale et du sens des pratiques professionnelles.
- Besoin d'aide à la compréhension du handicap** : information et sensibilisation sur le handicap.
- Besoin de répit.**
- Besoin de conseils techniques** : conseils, organisation, postures, pratiques professionnelles.
- Besoin d'aide à l'orientation** : conseils et accès au réseau du secteur médico-social, aide aux démarches administratives.
- Besoin de coordination entre les parties-prenantes.**
- Besoin d'aide pour la construction ou l'acquisition d'outils d'accompagnement.**
- Besoin de co-intervention partenariale** : intervention sur le lieu de vie du jeune en co-intervention avec un professionnel de l'EMAH.
- Autres (espace et temps de parole, écoute, débriefing post crise...)** : \_\_\_\_\_

Précisez votre réponse : \_\_\_\_\_