

ANNEXE 5
MASP / MAESF – Fiche de liaison

1ère demande

Date :

BENEFICIAIRE :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

TYPE DE MESURE SOLLICITEE :

MAESF

MASP 1

MASP 2

Durée :

NOM et COORDONNEES du Travailleur Social initiateur de la mesure :

Avis motivé du CLAST :

Avis favorable	<input type="checkbox"/>	MAESF	Durée :
	<input type="checkbox"/>	MASP 1	
	<input type="checkbox"/>	MASP 2	
Avis défavorable			
Motifs/Observations :			
			Date, nom et signature

Décision du cadre de la DTAS:

Examiné en CLAST du :		
Accord	<input type="checkbox"/>	MAESF	Durée :
	<input type="checkbox"/>	MASP 1	
	<input type="checkbox"/>	MASP 2	
Ajournement			
Rejet			
Motifs/Observations :			
			Date, nom et signature