ardèche
LE DEPARTEMENT

MASP / MAESF – Fiche de liaison

Demande MAJ / Protection juridique

Date :
BENEFICIAIRE :

NOM : …… Prénom : …….
Adresse : ……...
Code postal : …… Ville : ……

TYPE DE MESURE en cours:

MASP 1 Depuis (Date ouverture de la mesure) ; …….
MASP 2 Depuis (Date ouverture de la mesure) ; …….

NOM et COORDONNEES du Travailleur Social en charge de la mesure:

Avis du prestataire MASP :

Motif/contexte de demande de MAJ:

Eléments relatifs à l'échec de mesures d'accompagnement administratives :

Date, nom et signature

Décision du cadre de la DTAS :

Examiné en CLAST du : ……

Validation de l'orientation vers une MAJ :
oui **Non**

Observations :

Date, nom et signature