**PRESTATIONS D’APPUIS SPECIFIQUES**

**HANDICAPS PSYCHIQUE – MENTAL – TROUBLES COGNITIFS (à partir du 15 octobre 2018)**

**HANDICAPS AUDITIF – MOTEUR – VISUEL (à partir du 19 février 2019)**

**FICHE DE LIAISON**

*Chaque fiche de liaison est liée à une fiche de prescription et doit être renseignée au fur et à mesure de la réalisation de la prestation.*

***Contexte de l’échange :***

Nom de l’organisme prescripteur ou raison sociale de l’employeur prescripteur :

**Identité et coordonnées de la personne bénéficiaire**

Monsieur : *[ ]*  Madame : *[ ]*  Nom :      Prénom :

Date de naissance :

***Prestation d’appui spécifique demandée :***

Auditif : [ ]  Visuel : [ ]  Moteur : [ ]  Troubles cognitifs : [ ]  Mental : [ ]  Psychique : [ ]

***Appui et module demandés (un seul module doit-être initialement prescrit) :***

Pré-diagnostic *[ ]*

Bilan complémentaire sur la situation de la personne *[ ]*

Appui Expert pour prévenir et/ou résoudre les situations de rupture *[ ]*

 *Appui à l’employeur et/ou à l’organisme de formation [ ]*

 *Accompagnement de la personne [ ]*

 *Veille [ ]*

Handicaps : Auditif / Visuel / Moteur :

Appui Expert à la réalisation du projet professionnel *[ ]*

 *Mise en œuvre des techniques de compensation [ ]*

 *Appui à l’employeur et/ou à l’organisme de formation [ ]*

 *Veille [ ]*

Appui Expert sur le projet professionnel *[ ]*

 *Evaluation des capacités fonctionnelles [ ]*

 *Identification et développements des techniques de compensation [ ]*

Handicaps : Psychique / Mental / Troubles cognitifs :

Appui Expert à la réalisation du projet professionnel *[ ]*

 *Appui à l’accompagnement vers l’emploi / formation [ ]*

 *Appui à l’accompagnement dans l’emploi / formation [ ]*

 *Veille [ ]*

Appui Expert sur le projet professionnel *[ ]*

 *Diagnostic approfondi [ ]*

 *Identification et développements des techniques de compensation [ ]*

 *Appui à l’élaboration/validation du projet professionnel [ ]*

 *Appui à la validation du projet professionnel (si uniquement ce besoin) [ ]*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date** ***Déroulé des échanges Prestataire / Prescripteur :*****(demande et retour)** | **Prescripteur / Prestataire** | **Thème de****l’échange** | **Exposé** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |