**FICHE LIAISON ORIENTATION**

**SOUTIEN PSY AUX AIDANTS DES AULTES ET DES PERSONNES AGEES EN SITUATION DE HANDICAP « ALLER VERS »**

**Fiche de liaison à renseigner par les professionnel.le.s**

Personne Aidée : **PA** ou  **PH**

Date de la demande :

Nom-Prénom, Fonction, et Coordonnées du/de la professionnel.le qui oriente : ……………………………………………………………………...

Nom – Prénom, date de naissance/âge de l’Aidant.e  : ……………………………………………………………………...

Coordonnées de l’Aidant.e :

……………………………………………………………………...

Adresse et ville de résidence de la personne Aidé.e : ………………………………………………………………………………………..

Lien de l’Aidant.e avec la personne aidée : ……………………………………………………………………...

Nom – Prénom de la personne aidée: ……………………………………………………………………...

|  |
| --- |
| Bref Exposé de la situation :  |

**Renvoyer cette fiche par mail à** soutienaidantsallervers@seinesaintdenis.fr