MDPH 95

**FICHE DE LIAISON ASE 95/ MDPH 95**

**Dossier MDPH N° M :**

**Dossier transmis le :**

**Pièces complémentaires transmises le :**

**Information fin de prise en charge ASE :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SECTEUR ASE Nom du chef de service Territorialisé** | **Responsable d’Equipe ASE** | **Nom-Prénom du Référent ASE** | **Téléphone / @** |
|  |  |  |  |

**Type de mesure ASE en cours :**

**Personne concernée**

Nom : Prénom : Né(e) le : **H** **F**

Adresse des parents :

Adresse de lieu de vie de l’enfant:

Adresse de scolarisation de l’enfant :

**Type d’hébergement : Domicile parental MECS Famille d’accueil Autre**

**Autorité Parentale :**

**Délégation d’autorité parentale :**

**Tutelle :**

**La notification de la décision MDPH sera adressée :**

A la mère  Au père  Au tuteur

**Et systématiquement au chef de service ASE**

**Recevabilité : Les pièces énoncées doivent être intégrées au dossier, *si impossibilité, le mentionner***

* Formulaire CERFA de demande MDPH signé et daté
* Certificat Médical daté de moins d’1 an
* Photocopie resto-verso de la carte nationale d’identité de l’enfant ou copie du livret de famille
* Justificatif de domicile de moins de 3 mois du détenteur de l’autorité parentale
* **Rapport ASE pouvant éclairer l’équipe d’évaluation MDPH**
* Fiche de liaison

Commentaires : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….