

ANNEXE 5
MASP / MAESF – Fiche de liaison

1ère demande

Date :

BENÉFICIAIRE :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

TYPE DE MESURE SOLLICITEE :

- MAESF Durée :
- MASP 1
- MASP 2

NOM et COORDONNEES du Travailleur Social initiateur de la mesure :

Avis motivé du cadre de la DTAS :

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

Décision du cadre de la DTAS:

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