

ANNEXE 7
MASP / MAESF – Fiche de liaison
Non mise en œuvre de la mesure

Date :

BENEFICIAIRE :

NOM : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :

TYPE DE MESURE prévue par le bon de commande:

- MAESF 1^{ère} demande
 MASP 1 Renouvellement
 MASP 2 Durée :

Date du Bon de commande :

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

Motif/contexte de non mise en œuvre :

Modalités d'interventions mise en œuvre :

Temps d'intervention à financer (en mois mesure) :

Préconisations, observations éventuelles :

Date, nom et signature

Avis du cadre de la DTAS :

Validation du service fait :

oui -> Temps d'intervention à financer (en mois mesure) :

Non

: Observations

Date, nom et signature