Demande de mission d’appui

Etablissement/service référent handicap rare

***A transmettre à l’Equipe Relais Handicaps Rares Bretagne par mail à :*** ***bretagne@erhr.fr***

|  |  |
| --- | --- |
| Etablissement/service référent handicap rare sollicité :  |  |
| Date de la demande : |  |
| Structure demandeuse |  |
| Adresse  |  |
| Professionnel demandeur | Nom :Fonction : Disponibilités (si besoin) :  | Mail : Téléphone : |
| Type de handicap rare (quelles associations de déficiences) |  |
| Demande de la structure |
| [ ] Information générale sur le handicap rare concerné | [ ] Aides techniques |
| [ ]  Outils de communication | [ ] Troubles du comportement |
| [ ]  Outils d’évaluation | [ ] Autre (préciser) |
| Synthèse de la situation |
|  |

Demande d’accueil temporaire

Etablissement/service référent handicap rare

***A transmettre à l’Equipe Relais Handicaps Rares Bretagne par mail à :*** ***bretagne@erhr.fr***

|  |  |
| --- | --- |
| Etablissement référent handicap rare sollicité :  |  |
| Date de la demande : |  |
| Personne concernée | Nom – Prénom : Age : Coordonnées :Période d’accueil temporaire souhaité : |
| Personne demandeuse | Nom – Prénom : Lien avec la personne concernée :Coordonnées :  |
| Type de handicap rare (quelles associations de déficiences) |  |
| Besoin d’accueil temporaire pour  | [ ] Répit et accompagnement des aidants ou des professionnels[ ] Accueil pour une évaluation[ ] Situation d’urgence (aggravation subite de la pathologie) |
| Synthèse de la situation |
|  |