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***](mailto: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***](mailto: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 | | |
|  | | |