|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| logo |  |
| **FICHE DE LIAISON****DIAGNOSTIC SANTé METROPOLITAIN** |

 |  |

|  |
| --- |
| **STRUCTURE EN CHARGE DE L’ACCOMPAGNEMENT DU BENEFICIAIRE RSA**Structure : Date : Adresse : Ville : Nom et prénom du Référent de parcours : Mail : Téléphone : Nature de la problématique de santé repérée : Motrice [ ]  Visuelle [ ]  Auditive [ ]  Cognitive [ ]  Psychique [ ]  Mentale [ ]  Maladie invalidante [ ]  La personne a-t-elle une reconnaissance administrative de son handicap ? [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  En coursSi oui, laquelle ? [ ]  RQTH [ ]  AAH [ ]  Pension d’invalidité [ ]  Autre  |
| **BENEFICIAIRE RSA**Nom : Prénom : Date de naissance : Nom de naissance : Adresse : Ville : Téléphone : Mail : Date d’ouverture RSA : Numéro CAF : Contrat RSA en cours du : au Numéro identifiant Pôle emploi si inscrit : Projet professionnel, si identifié :  |
| Dans quelle étape de parcours se situe la personne (projet, formation, accès à l’emploi…) ?Votre argumentaire, vos attentes (éléments de diagnostic, informations sur le parcours, projet de la personne, écarts ou freins identifiés…) :  |