

FICHE DE SAISINE EQUIPE MOBILE RESSOURCE (EMR)



INDISPENSABLE A TOUTE PRISE EN CHARGE

Auteur de la demande :

ENFANT :

Structure / Famille d'Accueil Actuelle	Protection de l'Enfance
<input type="text"/>	<input type="text"/> du Référent
<input type="text"/>	<input type="text"/> du Cadre
<input type="text"/>	<input type="text"/> du Psychologue
<input type="text"/>	<input type="text"/> du Délégué
Accord pour l'intervention de l'EMR donnée le : <input type="text"/>	Ont été informé(e)s de cette saisie de l'EMR le : <input type="text"/>
PPE : Fait : <input type="checkbox"/> (En cours : <input type="checkbox"/> (

FAMILLE

Parent 1 : Autorité Parentale (

Parent 2 : Autorité Parentale (

Personne Ressource :

FRATRIE

Nom Prénom	Age	lien	Nom Prénom	Age	lien
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

Synthèse du lien autour de l'enfant : (lien avec ses parents ? ses frères et sœurs ? visites médiatisées, fréquences, conditions etc)

Éléments de vie importants : (séparations, violences, agressions, placement, trauma etc)

SCOLARITE

--	--	--

Synthèse/ Éléments significatifs :

PRISE EN CHARGE SANITAIRE

Enfant connu de la pédopsychiatrie oui : (non : (

L'enfant à t-il un suivi en cours : oui : (non : (

Type de prise en charge : CMP : (HDJ : (Hospitalisations : (Autres :

Suivi psychologue : oui : (non : (autres suivis : (

--	--	--

Reconnaissance handicap (MDPH) : oui : (non : (

Quels sont les besoins identifiés au regard de cette situation ?

Pour le référent Social	Pour la structure / Famille d'Accueil

Quelles sont vos attentes à l'endroit de l'EMR ?

(Évaluation (Orientation (Supervision (Sensibilisation

Pour le référent Social	Pour la structure / Famille d'Accueil