



FICHE ORIENTATION VERS UN SERVICE D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE (SAAD) MOTIF PREVENTION DE L'ÉPUISEMENT PARENTAL

24-102

109 Boulevard Louis Blanc – 85932 La Roche sur Yon Cedex 9 – Tél : 3230 (prix d'un appel local) – www.caf.fr

Service Prescripteur

Nom de l'organisme :

Nom et fonction du professionnel prescripteur :

Téléphone :

Adresse mail :

Famille

J'atteste avoir rencontré ce jour :

Monsieur / Madame : N° allocataire Caf :

Monsieur / Madame :

Résidant à :

Dont les coordonnées sont :

Téléphone

Adresse mail :

Et lui / leur avoir présenté l'action de soutien à la parentalité consistant à la mise à disposition d'une TISF, exercée dans le cadre du dispositif d'Aide et d'Accompagnement à Domicile.

A

Le

Signature :

Partie réservée à la famille

*J'autorise la transmission de mes coordonnées
à un service d'Aide et d'Accompagnement
à Domicile.*

Signature :