

## ENGAGEMENT RECIPROQUE

• **Mr – Mme – Melle :**

• **Situation familiale :**

• **Enfant(s) :**

• **Adresse :**

• **Téléphone :** ☎ ..... 📞

• **Date d'inclusion :**

• **Référent Social :**

• **Projet Initial :**

.....

• **Conditions particulières :** .....

.....

## PROJET

• **Objectifs à court terme** :

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

• **Conditions de réalisation** : (santé, logement, ressource, administratif, activité, relationnel, etc.)

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

• **Conditions de réalisation** : (santé, logement, ressource, administratif, activité, relationnel, etc.)

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Date : ...../...../.....

Personne  
Accompagnée

Coordinateur  
de parcours

Chef de service

## BILAN ET PERSPECTIVES DU PARCOURS INDIVIDUALISE

- **Personne accompagnée :**

.....

.....

.....

.....

- **Coordinateur de parcours :** .....

.....

.....

.....

• **Renouvellement :**      ☐ Oui      ☐ Non

- **Continuation du projet :** .....

.....

- **Recherche d'une solution adaptée au projet du résident :** .....

.....

.....

- **Autres :** .....

.....

**Date :** ...../...../.....

**Personne  
Accompagnée**

**Coordinateur  
de parcours**

**Chef de service**

## PROJET

• **Objectifs à court terme :**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

• **Conditions de réalisation :** (santé, logement, ressource, administratif, activité, relationnel, etc.)

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Date : ...../...../.....

Personne  
Accompagnée

Coordinateur  
de parcours

Chef de service

**Date :**

**Lieu :**

- **Partenaires présents :**

- **Compte rendu :**

[illegible]

## SORTIE DU DISPOSITIF

• **Bilan global de l'accompagnement** : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Fin de prise en charge en date du : ...../...../.....**

• **Renseignements administratifs** : (adresse, téléphone, partenaires, tuteurs, médecin, CMP, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# ANNEXES



## RAPPORT D'ACCOMPAGNEMENT SOCIO-EDUCATIF

**Destinataire :** .....

**Objet :** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Fait à** .....

**Date :** ...../...../.....

**Coordinateur de parcours**

**Chef de service**

[illegible]

**Date :** ...../...../.....

## Chef de service