



VOTRE ACCOMPAGNEMENT

N° du / /

Le présent document concerne :

M ou Mme

Dans le cadre de votre accompagnement, vous pouvez bénéficier de rencontres individuelles avec un membre de l'équipe et participer aux activités collectives proposées mensuellement.

Pour mieux vous aider, nous souhaiterions mieux connaître vos besoins d'aides.

INFORMATION

-
-
-
-
-
-

SOUTIEN

-
-
-
-
-
-

REPIT

-
-
-
-
-
-

LOISIRS PARTAGES

-
-
-
-
-
-

Tenant compte de la nature évolutive de votre situation, votre accompagnement pourra faire à tout moment l'objet d'un ajustement.