

Date 1er contact :

Nom/ Prénom de la personne accompagnée :

Date de naissance : _____

Nom/ Prénom du demandeur :

Qualité du demandeur (famille, représentant légal, ami, voisin...) :

Nom/Prénom du référent (chargé d'informer le reste de la famille) :

Vous-même ou un proche avez sollicité le CLIC.

Dans le cadre de ses missions, le personnel du CLIC s'engage pour la durée nécessaire à coordonner ses actions afin de vous apporter un soutien et des réponses adaptées.

Ces réponses doivent toujours être en adéquation avec vos besoins et avec les services et dispositifs disponibles sur le territoire.

Le personnel du CLIC s'engage à respecter dans la confidentialité, vos choix de vie, sans jugement ni a priori sur la base de votre consentement.

Afin de vous apporter des prestations adaptées, vous autorisez le partage des informations utiles pour une coordination entre partenaires compétents.

A tout moment, et quel que soit le motif, vous avez la possibilité de modifier cet accord ou d'interrompre cet accompagnement.

Vous reconnaissez avoir été informé du traitement informatisé des données vous concernant et des droits résultants de la loi du 6 août 2004 relative à la protection des personnes à l'égard des traitements des données à caractère personnel et y consentez expressément.

Je soussigné(e) en mon nom propre ou en ma qualité de déclare avoir pris connaissance des modalités et principes de fonctionnement du CLIC et demande à bénéficier des services de la coordination.

Date :

Signature du Président

Signature de l'utilisateur ou
de son représentant légal
ou de la personne de confiance
ou du mandataire de protection future
(Sur justificatif)

ANNEXE OPERATIONNELLE du Document Individuel d'Accompagnement

Date	Préconisations du CLIC	Acceptation	Refus	Signature