

INSTANCE PERSONNES VULNERABLES D'ALFORTVILLE

FORMULAIRE DE SAISINE

FORMULAIRE DE SAISINE À RETOURNER COMPLÉTÉ PAR MAIL À :

eds.alfortville@valdemarne.fr + espace-autonomie-4@valdemarne.fr + audrey.souffrant@alfortville.fr + sandrine.lorie@alfortville.fr + umaac-psyliaison@ght94n.fr + umgp94g16@ght94n.fr

Cette situation sera présentée à l'IAV du :

Catégorie « de 75 ans et plus » : ☐ Oui ☐ Non

Catégorie « moins de 75 ans » : ☐ Oui ☐ Non

Présentation de 3 situations maximum par catégorie

PROFESSIONNEL QUI SAISIT L'INSTANCE

Organisme :

Nom, prénom et fonction du professionnel :

Coordonnées :

PERSONNE CONCERNEE

Noms et prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mesure de protection juridique :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Présentation de la situation :

Objectif de la demande :

PARTENAIRES INTERVENANTS AUPRES DE LA PERSONNE CONCERNEE		
NOM(S) ET PRENOM(S)	STRUCTURE	INVITATION
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Merci de prévenir la personne concernée de votre demande.

DECISIONS / PRECONISATION DE L'IAV