

Maison d'Accueil Spécialisée
LES CONSTELLATIONS
51 rue René Duvauchelle
76620 Le Havre
Tél 02 35 47 17 04
Fax 02 35 41 68 78

SECRETARIAT
maspsy.secretariat2@liguehavraise.com

AVENANT N°
AU DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN
CHARGE SIGNE LE :.../.../....
ACCUEIL DE JOUR TEMPORAIRE

Cet avenant est établi conformément aux dispositions de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et du décret 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L.311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

L'avenant au DIPC est conclu :

D'une part entre la Maison d'Accueil Spécialisée Les Constellations de la Ligue Havraise représentée par :

Madame Valérie CHARPENTIER
Directrice
51 rue René Duvauchelle
76 620 Le Havre

&

D'autre part :

M./Me.....
Né(e)le
Demeurant.....
Dénommée ci-après : « la personne accueillie »

Le cas échéant, représenté (e) par

M./Me.....
Demeurant.....
Lien de parenté.....
Organisme tutélaire.....
Agissant en qualité de
Dénommé(e) ci-après « le représentant légal »

Objet de l'avenant :

Cet avenant précise les modifications apportées au DIPC liées :

Aux objectifs d'accompagnement

Les objectifs et prestations d'accompagnement sont définis en annexe ci-jointe. Les parties reconnaissent avoir pris connaissance de ces objectifs.

Aux modalités d'accueil au sein de l'établissement

.....
.....
.....
.....

Aux dates d'accueil au sein de l'établissement

Du..... au

Au renouvellement de la notification MDPH

La décision de la CDAPH valide la poursuite de l'accompagnement du.....au.....

•Les autres clauses du contrat de séjour demeurent inchangées

Cet avenant est établi en 3 exemplaires originaux, un pour la personne accueillie, un pour le représentant légal et un pour l'établissement, chacun ayant reçu le sien après signature de la Directrice.

Fait au Havre, le

Représentant de l'établissement
Valerie CHARPENTIER

La personne accueillie

Le(s) représentant(s) légal(aux)

Signature

Signature

Signature(s)

Annexe

Objectifs de l'accompagnement

Nom et Prénom du résident :

Référents éducatif:

Référents de proximité :

Période de l'accueil temporaire : Du : au :

<u>OBJECTIFS</u>	<u>Actions de soutien médico-social et éducatif</u>	<u>Observations durant le séjour</u>	<u>Evaluations en fin de séjour</u>

<u>OBJECTIFS</u>	<u>Actions de soutien médico-social et éducatif</u>	<u>Observations durant le séjour</u>	<u>Evaluations en fin de séjour</u>

	Signature de la personne accueillie	Signature du représentant légal	Signature de la Direction	Signature des référents :
Pour les objectifs (précisez la date)				
Pour les évaluations (précisez la date)				