**Fiche téléchargeable depuis le site : https://iledefrance.erhr.fr/nousconnaître**

**FICHE DE PREMIER CONTACT**

***A remplir pour toute demande d’intervention de l’Equipe Relais Handicaps Rares IDF***

***Et à retourner à l’adresse mail suivante :***

***iledefrance@erhr.fr***

*Remarque : Des justificatifs de l’état de santé et de la situation de handicap de la personne concernée vous sont demandés en parallèle de cette fiche et devront être adressés au médecin de l’Equipe Relais (*[***medecin.idf@erhr.fr***](mailto:medecin.idf@erhr.fr)*) afin que votre demande d’orientation soit étudiée et validée par l’Equipe Relais.*

**Date de la demande**  Nouvelle demande   Ré interpellation

**Personne à l’initiative de la demande**

Nom/Prénom :

Adresse **complète** :

Tél : Mail :

Professionnel, fonction :

Personne elle-même  Parent  Autre

**Comment la personne à l’initiative de la demande a-t-elle connu l’Équipe Relais Handicaps Rares ?**

**La demande fait-elle suite**

À une rencontre avec l’ERHR  Autre :

À une orientation d’un Centre de Ressources : si oui, lequel

**Personne concernée par la présente demande**

 ***Les champs avec astérisques sont obligatoires. Merci de les renseigner le plus précisément possible, chaque personne a des spécificités propres que l’ERHR IDF doit connaître afin de pouvoir étudier la demande.***

**La personne concernée est-elle informée de la transmission des informations ? Oui Non**

Classe d’âge**\* :**Enfant Jeune  Adulte Sexe\* : H  F

Date **et** lieu de naissance \*: / / à Pays :

Nom/Prénom :

Adresse **complète** :

Code postal : Ville :

Tél : Mail :

**Lieu de vie** : À domicile Hospitalisation\* En institution externat\* En institution internat \*

\* *Merci de préciser le lieu de vie*

Situation familiale de la personne concernée

Situation scolaire/professionnel

**Mesure de protection**

Aucune En cours Curatelle Tutelle Habilitation familiale Autre :

Exercée par :   
Famille  Tuteur/curateur indépendant  Organisme  Co Tuteur/ Co curateur Famille et curateur indépendant  Co Tuteur/ Co curateur Famille et organisme  Autre

**Type de handicap rare et retentissements\***

**Problématiques repérées\***

**Communication** : Verbale Gestuelle : LSF / Makaton /  Autres

Écrite Pictographique

**Démarches engagées auprès de la MDPH**

Numéro dossier MDPH  Correspondant MDPH

Une demande a été faite auprès de la MDPH ? Oui  Non  En cours

Si oui, laquelle ?

**Autres démarches engagées récemment** :

Par la personne concernée Par la famille Par les professionnels

**Attentes vis-à-vis de l’Équipe Relais\***

**Demande de rencontre** : Oui : A domicile En institution Au sein de l’ERHR Non

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un serveur informatisé sécurisé par l’**ERHR Île de France** pour **l'étude de votre demande.**Elles sont conservées pendant **4 mois** et sont destinées **au Pilote et/ou au Médecin de l'ERHR Île de France.**Conformément à la [loi « informatique et libertés »](https://www.cnil.fr/fr/loi-78-17-du-6-janvier-1978-modifiee),, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : [**iledefrance@erhr.fr**](mailto:iledefrance@erhr.fr)