

Dénomination et adresse du service :

Agrément n° _____



Agence pour une Vie de Qualité
Direction des soins ambulatoires et de première ligne
Secteur SAFA

Rue de la Rivelaine, 21
6061 CHARLEROI

AVIS D'INTERVENTION CONCOMITANTE DE PLUSIEURS SERVICES

Identification du bénéficiaire

N° de dossier :

Nom – adresse :

Motif d'intervention :

Dénomination et adresse de l'autre service, de l'autre section :

(Service B)

Circonstances justifiant l'intervention concomitante de plusieurs services :

Durée présumée de cette forme d'intervention :

A titre indicatif, modalités de cette forme d'intervention :

	<u>Lundi</u>	<u>Mardi</u>	<u>Mercredi</u>	<u>Judi</u>	<u>Vendredi</u>	<u>Samedi</u>	<u>Dimanche</u>
Prestation de - à -							
Service A ou B							
Prestation de - à -							
Service A ou B							
Prestation de - à -							
Service A ou B							

Date et Signature du travailleur social

.....

Tél:

Mail: