**plan d’intervention**

**IDENTIFICATION DES PERSONNES IMPLIQUÉES**

La personne aidée

Nom : xxx

Prénom : xxx

Date de naissance \_\_\_\_\_/\_\_/\_\_ âge : xxx

Ses parents ou référents (si pertinent)

Mère : xxx

Père : xxx

Autres : xxx

Le(s) intervenant(s) impliqué(s)

* xxx Rôle : xxx
* xxx Rôle : xxx
* xxx Rôle : xxx

Les personnes présentes à la rencontre

* xxx
* xxx
* xxx

**Date de la rencontre d’élaboration du plan** (si différente du moment de la signature) Le\_\_\_\_/\_\_/\_\_

**CADRE LÉGAL**

xxx

**SYNTHÈSE ET OPINION CLINIQUE**

xxx

**Besoin(s) priorisé(s)**

1. xxx

Justification :

1. xxx

Justification :

1. xxx

Justification :

**OBJECTIF(S) GÉNÉRAL(AUX)**

1. xxx
2. xxx

**OBJECTIF SPÉCIFIQUE no : 1.1**

1.1 xxx

Échéancier : xxx

**Dispositif pour mesurer l’atteinte de l’objectif spécifique**

* xxx

**Moyens**

1.1.1 xxx

Échéancier : xxx

1.1.2 xxx

Échéancier : xxx

1.1.3 xxx

Échéancier : xxx

**Stratégies**

1.1.4 xxx

Échéancier : xxx

1.1.5 xxx

Échéancier : xxx

1.1.6 xxx

Échéancier : xxx

**OBJECTIF SPÉCIFIQUE no : 2.1**

2.1 xxx

Échéancier : xxx

**Dispositif pour mesurer l’atteinte de l’objectif spécifique**

* xxx

**Moyens**

2.1.1 xxx

Échéancier : xxx

2.2.2 xxx

Échéancier : xxx

2.2.3 xxx

Échéancier : xxx

**Stratégies**

2.2.4 xxx

Échéancier : xxx

2.2.5 xxx

Échéancier : xxx

2.2.6 xxx

Échéancier : xxx

**INTERVENANT RESPONSABLE DU PLAN D’INTERVENTION :**

xxx

**DATE DE RÉVISION**

\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SIGNATURES**

**Nom :** xxx **Signature :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Titre ou fonction :** xxx

**Signé le :** \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Nom :** xxx **Signature :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Titre ou fonction :** xxx

**Signé le :** \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Nom :** xxx **Signature :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Titre ou fonction :** xxx

**Signé le :** \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Nom :** xxx **Signature :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Titre ou fonction :** xxx

**Signé le :** \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_