

A RENVoyer DIRECTEMENT A LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE  
A LA MAISON DES RÉSEAUX DE SANTÉ DE SAVOIE.

N° Identifiant de l'enfant : .....

1. Qu'avez-vous pensé de la proposition de prise en charge dans le dispositif enfance ?

- Explications claires sur le dispositif ?
  - Satisfait
  - Moyennement satisfait
  - Pas du tout satisfait
- Liberté d'adhérer ou non à la prise en charge ?
  - Satisfait
  - Moyennement satisfait
  - Pas du tout satisfait

2. Qu'avez-vous pensé de la première rencontre avec le coordinateur ?

- Explications claires du projet d'accompagnement ?
  - Satisfait
  - Moyennement satisfait
  - Pas du tout satisfait
- Ce projet semblait-il répondre à vos attentes ?
  - Satisfait
  - Moyennement satisfait
  - Pas du tout satisfait

3. Si vous avez bénéficié d'une aide financière par le Dispositif :

- Le montant de l'aide vous a-t-il semblé approprié ?
  - Satisfait
  - Moyennement satisfait
  - Pas du tout satisfait
- Cette aide a-t-elle été déterminante pour pouvoir débiter les bilans ?
  - Oui
  - Non

4. Au terme de la prise en charge,

- Estimez-vous que le Dispositif Enfance a été une aide pour votre enfant ?
  - Satisfait
  - Moyennement satisfait
  - Pas du tout satisfait

- Avez-vous des remarques, suggestions, critiques ?

.....

.....

.....

.....

.....