DISPOSITIF ENFANCE SATISFACTION AU QUESTIONNAIRE

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

Ν°	Identifiant de l'enfant :	••••			
1.	Qu'avez-vous pensé de la propos	siti	on de prise en charge dans le o	disp	oositif enfance ?
•	Explications claires sur le disposit	if?			
	o Satisfait	0	Moyennement satisfait	0	Pas du tout satisfait
	Liberté d'adhérer ou non à la prise en charge ?				
	o Satisfait	0	Moyennement satisfait	0	Pas du tout satisfait
2.	Qu'avez-vous pensé de la premié	ère	rencontre avec le coordinate	ur ?	
	Explications claires du projet d'ac	со	mpagnement ?		
	o Satisfait	0	Moyennement satisfait	0	Pas du tout satisfait
	Ce projet semblait-il répondre à vos attentes ?				
	o Satisfait	0	Moyennement satisfait	0	Pas du tout satisfait
3.	Si vous avez bénéficié d'une aide	e fi	inancière par le Dispositif :		
	Le montant de l'aide vous a-t-il semblé approprié ?				
	o Satisfait	0	Moyennement satisfait	0	Pas du tout satisfait
	Cette aide a-t-elle été déterminante pour pouvoir débuter les bilans ?				
	o Oui	0	Non		
4.	Au terme de la prise en charge,				
•	Estimez-vous que le Dispositif Enfance a été une aide pour votre enfant ?				
	Satisfait	0	Moyennement satisfait	0	Pas du tout satisfait

POLE DE SANTE SAINT PIERRE D'ALBIGNY DISPOSITIF ENFANCE 345 Rue de la fin de la Louza 73250 SAINT PIERRE D'ALBIGNY

Maison des Réseaux de Santé de Savoie Espace RYVHYERE 94, Bis Rue de la Revériaz - 73000 CHAMBERY

Tél: 04.79.62.29.69 - Fax: 04.79.62.39.71 -

info@mrss.fr SIRET: 48460820300036 - APE: 9499Z

•	Avez-vous des remarques, suggestions, critiques ?
•••	
•••	