

**SAISINE**  
**CELLULE DE VEILLE**  
**Contrat local de Santé**  
**CISPD**

À envoyer à la coordinatrice à l'adresse suivante : [cispd@ternoiscom.fr](mailto:cispd@ternoiscom.fr)

**Structure qui saisit la cellule de veille du CISPD et du CLS de TERNOISCOM :**

Etablissement : ..... Identité du professionnel : .....  
Adresse : .....  
Tél : ..... Courriel : .....

**Demande formulée pour la personne (complétez les informations que vous détenez) :**

Nom : ..... Prénom .....  
Date de naissance : ..... Sexe : ..... Etablissement scolaire : .....

**Facultatif**

Nom du Responsable 1 : .....  
Tél. et adresse : .....  
Nom du Responsable 2 : .....  
Tél. et adresse : .....  
Les éventuels responsables ont été informés de la saisine de la cellule de veille : oui   
non

**Difficultés rencontrées :** .....  
.....  
.....

**Éléments de point d'appui, de ressources, de potentialités repérés (facultatif) :**

.....  
.....  
.....

**Types de réponses déjà mises en place, par qui, quand ?**

.....  
.....  
.....

**Noms et coordonnées des autres intervenants** auprès de la personne ou de sa famille  
(dans les domaines scolaire, social, éducatif, santé, loisirs...) pouvant être sollicités :

.....  
.....  
.....

**Date :** .....

**Signature du porteur de la situation :**

***Important*** : Le jour de la cellule de veille, pensez à vous munir des documents  
qui vous semblent utiles à la compréhension de la situation