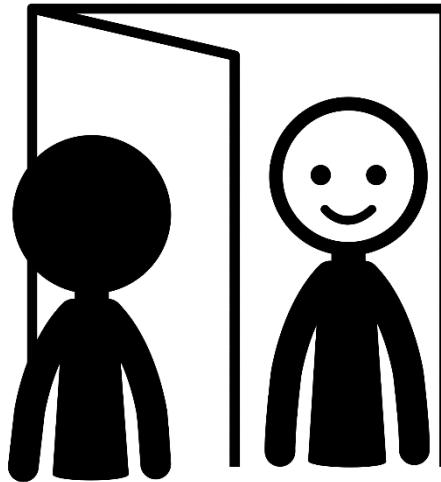


## LIVRET D'ACCUEIL





**Karine ARQUE**  
Pilote



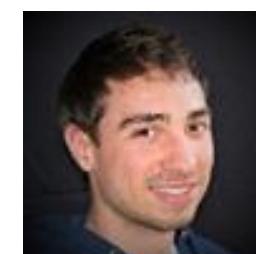
**Claire DASSI**  
Coordonnatrice de  
parcours



**Nirisoa VAN BEEK**  
Coordonnatrice de  
parcours



**Karine VERNET**  
Coordonnatrice  
de parcours



**Nathan SIMILE**  
Coordonnateur  
de parcours



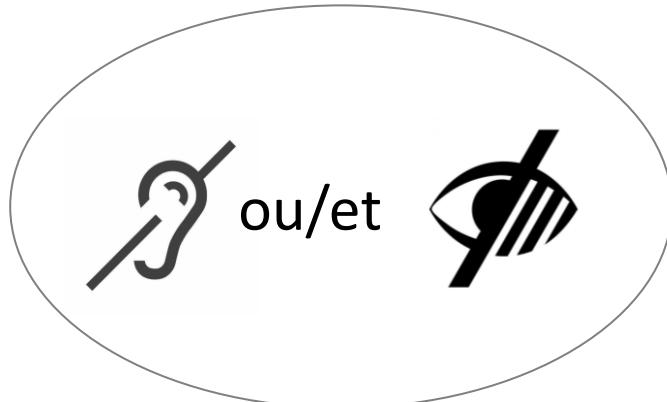
**Léa POULET**  
Assistante  
Sociale



**Pauline LAMBERT**  
Assistante  
administrative

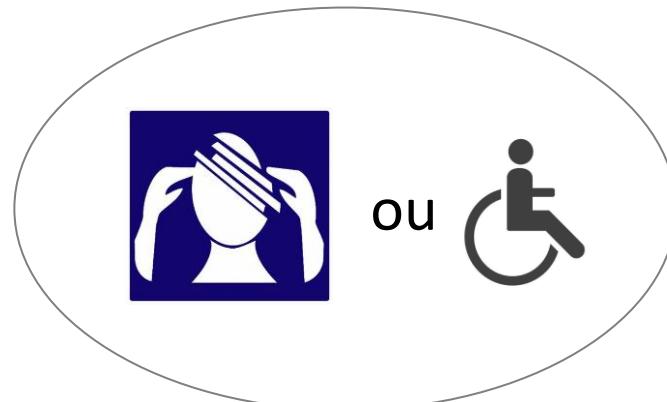


**Avoir plus de 18 ans**



**Déficience  
auditive, visuelle  
ou les deux**

+



**Avec handicaps  
associés**



**Trouble du spectre  
autistique**

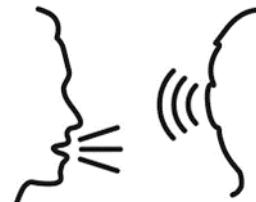
# NOS VALEURS : DÉVELOPPER VOTRE PROJET DANS UNE ATMOSPHERE DE CONFIANCE RÉCIPROQUE



**Développer  
vos capacités**



**Chercher  
des solutions**



**Une écoute  
« disponible et  
bienveillante »**

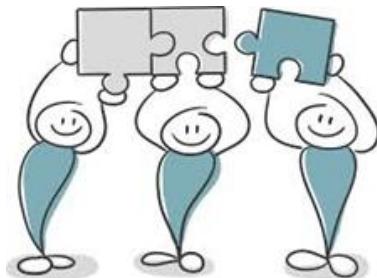


**A votre rythme**



**Un cadre et un  
accueil  
chaleureux,  
sécurisant**

# VOUS AIDER POUR : ÊTRE PLUS AUTONOME



**Intégration**



**Socialisation**

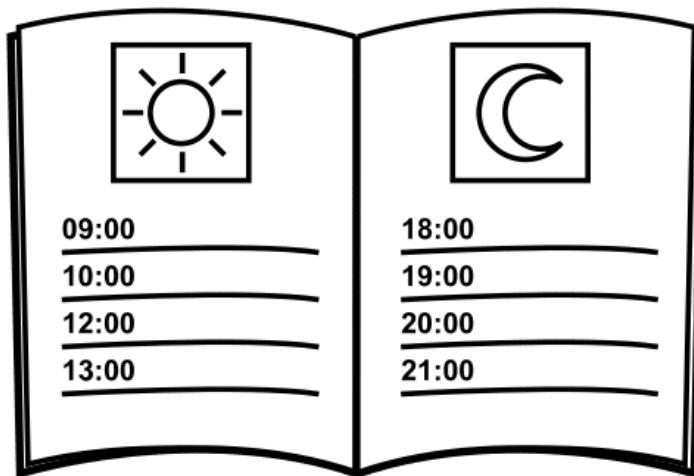


**Auto-  
détermination**

# VOUS AIDER POUR : ORGANISER VOTRE QUOTIDIEN

---

**Organiser  
vos  
journées**

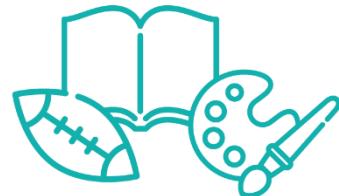
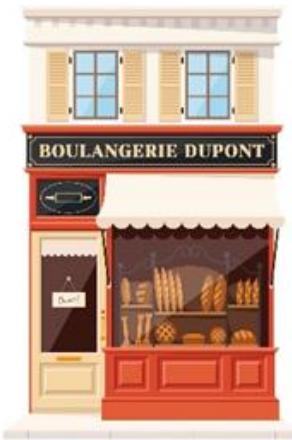


**Planifier :**  
**Vos activités**  
**Vos rendez-vous**  
**Votre travail**



**IRSAM**

# VOUS AIDER POUR : DÉVELOPPER VOTRE VIE SOCIALE



**Activités**



**Démarches  
Administratives**



**Loisirs**



# VOUS AIDER POUR : AVOIR UN PROJET DE TRAVAIL



# PROCEDURE D'ADMISSION :

## ÉTAPE 1 : PREMIER CONTACT



ou



**Vous contactez le PCPE Passerelle  
Handi Sens par mail ou par téléphone**

# PROCEDURE D'ADMISSION :

## ÉTAPE 2 : PREMIÈRE RENCONTRE

**A votre domicile**



**OU**



**Dans les locaux  
du PCPE**



**Quels sont vos besoins,  
vos attentes?**

# PROCEDURE D'ADMISSION :

## ÉTAPE 3 : RÉUNION PLURIDISCIPLINAIRE

1)



2)



3)



**Réflexion sur les  
axes d'accompagnement**

4)



**Désignation du  
coordonnateur de parcours**

# PRÉSENTATION ET SIGNATURE DU PPAA

---

 **PASSERELLE HANDISENS**

PCPE Adultes

**PPAA**  
Plan Personnalisé d'Aide à l'Autonomie

Renseignements administratifs

Nom, Prénom : ---  
Date et lieu de naissance : ---  
Adresse : ---  
Activité professionnelle : ---  
Notification MDPH : ---  
Mesure de protection juridique : ---  
Coordonnatrice de Parcours : ---

Objectifs de Monsieur/ Madame

Date du recueil : ---  
En présence de : ---

**Projet  
Personnalisé  
d'Aide à  
l'Autonomie**



**Le PCPE est financé par l'Agence Régional de la  
Santé**



ou



ou



**Les interventions de professionnels en libéral et/ou les  
activités ou sorties sont à votre charge**





Vos informations **personnelles** sont **protégées** et **non diffusées**.



ou



ou



: 06 11 68 69 57



: phs@irsam.fr

# PLAN D'ACCES



10 impasse Paquet-Mérel 69009 LYON

