



Maison des
Adolescents

TAMA

FICHE DE LIAISON POUR PARTENAIRE

Date :

Identification du partenaire :

Nom & fonction:

Structure/établissement d'origine :

Téléphone :

Mail :

Identification de l'adolescent : *(A compléter avec le plus de précision possible)*

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Lieu de naissance :

Classe :

Etablissement scolaire :

Coordonnées :

Adresse :

Ville :

Téléphone :

Veillez nous contacter par :

Tél : 0269 63 29 09 / Fax : 0269 63 29 10

Portable : 06 39 23 52 93

Mail : mda@tama-mayotte.com



**Maison des
Adolescents**

TAMA

MOTIF DE LA DEMANDE :

(Anamnèse de la situation – Observations liées à la problématique du jeune – Démarches entamées – Personnes informées de la situation...)

Signature

Association TAMA – 6, rue Jardin Fleuri – Cavani - 97600 Mamoudzou
Tél.: 02 69 61 64 00 – Fax : 02 69 62 10 85
secretariat@tama-mayotte.com – www.tama-mayotte.com – Code APE: 9499Z – SIRET: 518 926 472 000 11

Groupe SOS – 102 C, rue Amelot - 75011 Paris
Tél.: 01 58 30 55 55 – Fax : 01 58 30 56 30 – info@groupe-sos.org – www.groupe-sos.org

