

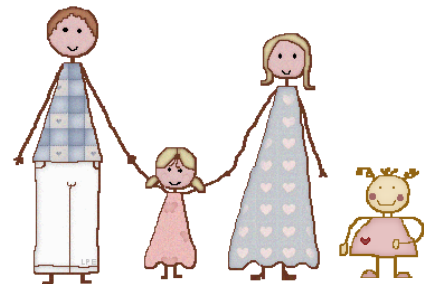
SERVICE D'ACCUEIL EN FAMILLE

Rue Centrale 21

2740 MOUTIER

Tél. 032 492 10 05

saf@moutier.ch



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Date de la demande :

Début du placement :

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT :

Nom et Prénom :

Date de naissance OU terme de la grossesse :

Sexe :

- ☐ Féminin ☐ Masculin

Nationalité :

Langue maternelle :

Autre(s) langue(s) parlée(s) :

Votre enfant est-il scolarisé ?

- ☐ Oui
☐ Non, le sera à partir d'août
..... (année)

Degré scolaire (Harmos):

Lieu de scolarisation / Ecole :

Doit être accompagné(e) pour les trajets scolaires :

- ☐ Oui
☐ Non

Pédiatre :

Suivi extérieur : (logopédiste, pédopsychiatre, etc.)

Assurance maladie et accidents :

(copie à transmettre avant le début du placement)

Assurance responsabilité civile :

(copie à transmettre avant le début du placement)

La prise en charge de votre enfant a-t-elle été ordonnée par un Service spécialisé ?

(Insertion sociale, linguistique ou autres besoins particuliers)

☐ Oui _____
Veuillez préciser lequel et joindre une copie de l'attestation

☐ Non

L'enfant a des (demi-)frères/sœurs vivants sous le même toit (nom, prénom et date de naissance) :

FREQUENTATION HEBDOMADAIRE : cocher ce qui convient et mentionner les heures d'arrivée et de départ

Jours fixes	Matin	Repas de midi		Après-midi	Total Heures journalières
☐ Lundi		☐ Oui	☐ Non		
☐ Mardi		☐ Oui	☐ Non		
☐ Mercredi		☐ Oui	☐ Non		
☐ Jeudi		☐ Oui	☐ Non		
☐ Vendredi		☐ Oui	☐ Non		
En cas d'horaires irréguliers, veuillez définir un nombre d'heures de garde à la semaine					TOTAL :

Prise en charge durant les vacances scolaires :

- ☐ A convenir avec l'assistante parentale en fonction de ses disponibilités
- ☐ Pas nécessaire

Secteur de garde :

- ☐ Large car je peux amener mon enfant
- ☐ Restreint car je n'ai pas de véhicule
Limite la recherche d'une place d'accueil !

INFORMATIONS CONCERNANT LES REPRESENTANTS LEGAUX :

☐ Mère

☐

Nom et Prénom :

Adresse / code postal et localité :

Nationalité :

Permis de séjour : _____

Etat civil :

Profession exercée :

Employeur : (nom + localité)

N° de téléphone privé : (fixe + natel)

N° de téléphone professionnel :

Assistée par le Service social :

(Si oui, fournir une garantie de prise en charge signée par le Service social)

- ☐ Oui
- ☐ Non

☐ Père

☐

Nom et Prénom :

Adresse / code postal et localité :

Nationalité :

Permis de séjour : _____

Etat civil :

Profession exercée :

Employeur : (nom + localité)

N° de téléphone privé : (fixe + natel)

N° de téléphone professionnel :

Assisté par le Service social :

(Si oui, fournir une garantie de prise en charge signée par le Service social)

- ☐ Oui
- ☐ Non

L'ENFANT HABITE :

- ☐ Chez ses 2 parents
- ☐ Mère
- ☐ Père

AUTORITE PARENTALE :

- ☐ Conjointe
- ☐ Mère
- ☐ Père

En cas de séparation ou de divorce, une copie du jugement ou de la convention homologuée peut être demandée

A QUI ADRESSER LA FACTURE :

- ☐ Mère
- ☐ Père
- ☐ Autre : _____
(Indiquer l'adresse exacte pour l'envoi)

☐ Envoi par mail

Adresse électronique (e-mail) pour les communications (facultatif) :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES AU SUJET DE L'ENFANT :

Est-ce que votre enfant souffre d'une allergie ? (alimentation, médicaments, piqûres, animaux, autres) :

Etat de santé : maladie chronique ou médication à prendre régulièrement ?

Si oui, veuillez préciser la posologie et la fréquence du traitement à administrer et fournir un certificat médical

Les soins seront prodigués avec le consentement et dans la limite des compétences de l'assistante parentale

Autre(s) personne(s) de contact ou de référence autorisée(s) à venir chercher l'enfant:

Prière de prévenir l'assistante parentale au préalable

Nom/Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant :

Pour les personnes mineures, une décharge de responsabilité doit être signée par les parents/représentants légaux

En cas d'absence de l'assistante parentale (maladie/accident, congés spéciaux, vacances), l'enfant est confié à :

- ☐ Ses parents ☐ Entourage, membre(s) de la famille ou autre
☐ Dépannage SAF (sans garantie d'aboutissement) ☐ moyen de garde : _____

Autorisez-vous l'assistante parentale à transporter l'enfant en voiture :

- ☐ Oui ☐ Non
☐ Seulement dans les situations suivantes : _____

Autorisez-vous l'assistante parentale à se déplacer avec les transports publics :

- ☐ Oui ☐ Non

Personne(s) à contacter en CAS D'URGENCE (autre(s) que les parents) :

A noter qu'à travers ce document, vous autorisez l'assistante parentale à prendre les mesures nécessaires et à appeler le **144** en cas d'accident (selon le degré d'urgence et l'état de santé de l'enfant) !

- ☐ Les personnes autorisées à venir chercher l'enfant (voir coordonnées dans le tableau ci-dessus)
☐ Autre(s) _____

Autres dispositions* ou remarques particulières concernant l'enfant et/ou ce qu'il faut encore savoir :

* Pour les mesures d'éloignement, veuillez impérativement nous communiquer les décisions ordonnées (secteur, lieux, interdiction de contact ou de rapprochement) et nous fournir une copie de l'acte judiciaire

Ce document fait partie intégrante du contrat de prise en charge. Une copie sera transmise à l'assistante parentale qui accueillera votre enfant. Merci de bien vouloir nous signaler toutes les éventuelles modifications et les changements de coordonnées (adresse, N° de téléphone, e-mail, etc.) afin que nous puissions tenir nos données et informations à jour.

DATE ET SIGNATURE du/des Parent(s) / Représentant(s) légal(-aux) :