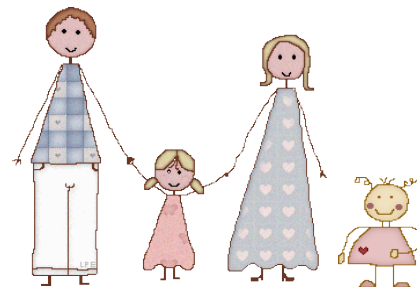


# SERVICE D'ACCUEIL EN FAMILLE

Rue Centrale 21  
2740 MOUTIER  
Tél. 032 492 10 05  
[saf@moutier.ch](mailto:saf@moutier.ch)



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

DÉBUT DU PLACEMENT :	Date :
----------------------	--------

### INFORMATIONS AU SUJET DE L'ENFANT :

Nom et Prénom :

Date de naissance OU date de naissance prévue :

Sexe :

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 :

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 svp préciser lequel)       Non

Frère(s) / Sœur(s) vivants sous le même toit (nom, prénom et date de naissance) :

### JOURS ET HORAIRES SOUHAITÉS :

	Matin	Repas de midi	Après-midi	Nbre d'heures journalières
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				

En cas d'horaires irréguliers, veuillez définir un nombre d'heures 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 en voiture
- Restreint car je n'ai pas de véhicule  
Limite la recherche d'une place d'accueil !

## INFORMATIONS AU SUJET DES PARENTS :

**Nom et Prénom de la MAMAN :**

**Adresse :**

**Nationalité :**

**Etat civil :**

**Employeur et lieu :**

**Téléphone privé (fixe + portable) :**

**Téléphone professionnel :**

**Assistée par le Service social :**

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

- Oui**
- Non**

**Nom et Prénom du PAPA :**

**Adresse :**

**Nationalité :**

**Etat civil :**

**Employeur et lieu :**

**Téléphone privé (fixe + portable) :**

**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**

**Adresse pour l'envoi de la facture :**

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

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES AU SUJET DE L'ENFANT :

Est-ce que votre enfant souffre-t-il d'une allergie (alimentation, animaux, médicaments, autres) :

Etat de santé : maladie ou médicament à prendre régulièrement :

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

Les parents informent l'assistante parentale de tout changement et transmettent les indications nécessaires sur les soins à prodiguer ainsi que sur la médication à administrer (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:

Il est impératif de prévenir l'assistante parentale au préalable (veuillez noter les coordonnées exactes, nom, prénom + téléphone)

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

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 (selon le degré d'urgence et l'état de santé de l'enfant) et à recourir au 144 !

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

\*En cas de mesures d'éloignement, veuillez nous transmettre toutes les informations quant à la personne NON AUTORISÉE à s'approcher de l'enfant et nous fournir une copie du texte de loi le justifiant.

Ce document fait partie intégrante du contrat de placement. Une copie sera transmise à l'assistante parentale qui accueillera votre enfant. Merci de bien vouloir nous signaler toutes les éventuelles modifications (déménagement, changement de nom, nouveau téléphone, etc.) afin que nous puissions tenir nos données et informations à jour.

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