

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE DEPARTEMENTALE
STRUCTURES D'ACCUEIL COLLECTIF FAVORISANT L'ACCES DES ENFANTS EN
SITUATION DE HANDICAP

DEMANDEUR

Etablissement/organisme gestionnaire : Texte.

Etablissement concerné : Texte.

Adresse de l'établissement : Texte.

Téléphone : Texte. Courriel : Texte.

Nom de l'organisme gestionnaire : Texte.

Adresse du siège social : Texte.

Téléphone : Texte. Courriel : Texte.

N° de SIRET¹ : Texte.

Personne à contacter (pour un éventuel complément d'information) :

Nom – Prénom : Texte.

Qualité : Texte.

Téléphone : Texte. Courriel : Texte.

Dépôt de la demande et des pièces à fournir :

A l'attention de Mme le médecin départemental

DGISS - Direction Enfance et Famille

Direction adjointe de la protection maternelle et infantile

64 rue Anita Conti – 56035 VANNES Cedex

Demande de renseignements :

Marie TUAUDEN-GUYADER

DGISS - Direction Enfance et Famille - Direction adjointe de la protection maternelle et infantile

Service Enfance et Parentalité

64 rue Anita Conti – 56035 VANNES Cedex

marie.tauden@morbihan.fr - Tél. : 02 97 54 78 35

¹ Les associations peuvent obtenir leur numéro de SIRET :

- *si elles emploient des salariés* : en contactant l'URSSAF
- *si elles n'emploient pas de salariés* : INSEE Pays de la Loire, Division siren -105, rue des Français libres – BP 77402 – 44274 Nantes cedex 2 (joindre une lettre de demande, les statuts de l'association et la parution au JO ou le récépissé de Préfecture)

PRESENTATION DE LA DEMANDE :

Prénom de l'enfant : Texte.

Date de naissance : Texte.

Période d'accueil de l'enfant sur l'année du Texte. au Texte.

Type d'accueil : Multi-accueil/micro-crèche Accueil de loisirs
 Accueil périscolaire Autre : Texte.

Avez-vous ou allez-vous prendre contact avec le Pôle Ressource Handicap 56 ? Oui non
pour un Accueil de loisirs : acm@prh56.fr Pour un EAJE : eaje@prh56.fr

Semaine type d'accueil :

Jours d'accueil	MATIN horaires	APRES-MIDI horaires	Amplitude horaire quotidienne	Observations
LUNDI	Horaires	Horaires	Amplitude	Observations
MARDI	Horaires	Horaires	Amplitude	Observations
MERCREDI	Horaires	Horaires	Amplitude	Observations
JEUDI	Horaires	Horaires	Amplitude	Observations
VENDREDI	Horaires	Horaires	Amplitude	Observations
SAMEDI	Horaires	Horaires	Amplitude	Observations

Prise en charge médicale particulière de l'enfant durant l'accueil :

- A l'extérieur : (ex : déplacement au CPEA, chez l'ergothérapeute...) :

Texte.

Précisez les périodes de prise en charge (heures, jours) : Texte.

- Au sein de la structure : (ex : soins infirmiers, psychomotricien au sein de la structure...) :

Texte.

Précisez les périodes de prise en charge (heures, jours) : Texte.

Afin d'analyser le surcout lié au handicap de l'enfant, il est nécessaire d'évaluer le désavantage lié à ses difficultés en fonction de son âge et les moyens mis en œuvre au sein de la structure pour cet accueil.

Diagnostic si établi : Texte.

Déficiences / difficultés observées : Texte.

AUTONOMIE :

L'autonomie de l'enfant sera évaluée par rapport à celle d'un enfant du même âge, non déficient. Les précisions sont nécessaires si l'enfant a besoin d'une suppléance.

Autonomie	Normalement ou seul	Difficilement ou avec aide	Impossible ou avec aide totale	Inappréciable compte tenu de l'âge
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Précisions : (ex : problème de fausses routes, préhension du verre...) Texte.</i>				
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Précisions : (ex : repas mixés, préhension de la cuillère...) Texte.</i>				
Eliminer, aller aux toilettes (change)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Précisions : (A prendre en compte après 3 ans uniquement) Texte.</i>				
Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Précisions : (endormissement dans le calme, le bruit, besoin d'un lieu spécifique...) Texte.</i>				
Jouer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Précisions : (ex : difficultés liées à la motricité, jet d'objets...) Texte.</i>				
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Précisions : Texte.</i>				
Se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Précisions : Texte.</i>				
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Précisions : Texte.</i>				
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Précisions : Texte.</i>				
Communiquer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Précisions : (Communication orale ou gestuelle, avec les adultes ou les autres enfants, cris, pleurs...) Texte.</i>				
Comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Précisions : (compréhension de consignes, de règles...) Texte.</i>				
Se comporter de façon logique et sensée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Précisions : (ex : colères, agressivité...) Texte.</i>				
S'adapter au changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Précisions : (ex : besoins de repères précis de lieux, de personnes...) Texte.</i>				

PRISE EN CHARGE DEMANDEE PAR L'ETABLISSEMENT

Adaptations déjà mises en place par l'équipe : Texte.

Professionnel/qualification envisagé pour l'encadrement de l'enfant :
Texte.

Nombre d'heures/semaine d'interventions envisagées pour le professionnel : Texte.

Coût horaire de l'intervention : Texte.

Matériel spécifique nécessaire pour l'accueil de l'enfant (fournir devis et factures) ;
Texte.

Autres actions complémentaires liées à l'accueil de cet enfant : (ex : formation, supervision...)
Texte.

ELEMENTS FINANCIERS

MONTANT SOLLICITE : Texte. euros

Détail du montant sollicité : Texte.

CHARGES	Montant	RESSOURCES	Montant
Détail.	Montant.	Détail.	Montant.
TOTAL DES BESOINS	Total.	TOTAL DES RESSOURCES	Total.

Je soussigné (nom – prénom) : Texte.

Agissant en qualité de : Texte.

Nom de l'organisme : Texte.

Certifie l'exactitude et la sincérité des renseignements du présent dossier.

A Ville. le Date.

Signature et cachet,