



Formulaire de demande pour bénéficier des prestations du service AIPP de la Fondation Coup d'Pouce

Le délai entre la réception de la demande de l'institution et le début des prestations de la FCP est de minimum 30 jours.

A l'attention des directions des institutions et des responsables de réseau préscolaire et parascolaire concernés.

1. Institution d'accueil de jour <input type="checkbox"/> préscolaire <input type="checkbox"/> parascolaire	
Nom :	
Adresse :	
NPA :	Localité :
E-mail :	Téléphone :
La structure d'accueil est-elle intégrée à un réseau FAJE? Si oui, lequel :	
2. Personne de contact pour cette demande	
Nom – Prénom :	Téléphone :
Fonction :	E-mail :
Quels jours de la semaine la personne de contact est-elle disponible pour une rencontre :	

2. Bénéficiaire de la mesure demandée	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Nom du groupe :	Téléphone direct du groupe :
Diagnostic :	
<input type="checkbox"/> déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> troubles autistiques <input type="checkbox"/> déficience sensorielle	
<input type="checkbox"/> déficience motrice <input type="checkbox"/> autre(s) déficience(s) : _____	
<input type="checkbox"/> en attente de diagnostic (<i>merci de préciser les difficultés de l'enfant</i>) :	

3. Quels sont les besoins spécifiques de l'enfant dans l'accompagnement ? (<i>communication, mobilité et déplacement, repas, soins personnels, santé, activités, etc.</i>)

4. A ce jour, avez-vous déjà fait une demande de soutien éducatif auprès de l'OSPES (SESAF) ? <input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non
Si oui, merci de préciser la date à laquelle la demande a été effectuée :
Nombre d'heures de soutien demandé par semaine :

5. Avez-vous déjà accueilli un ou plusieurs enfants en situation de handicap ? oui / non

6. Actuellement, votre institution bénéficie-t-elle déjà d'un soutien éducatif ? oui / non

7. Avez-vous reçu la décision d'engagement financier de l'OSPES (SESAF) ? oui / non

Si oui, merci de joindre une copie de la décision :
Nombre d'heures de soutien octroyé par semaine :

8. Horaire prévu de fréquentation de l'enfant :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	Horaire :				
Repas de midi	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non Horaire :	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non Horaire :	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non Horaire :	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non Horaire :	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non Horaire :
Après-midi	Horaire :				

Date du début de l'accueil :

9. Horaire souhaité d'intervention du/de la collaborateur-trice FCP :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	Horaire :				
Repas de midi	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non Horaire :	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non Horaire :	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non Horaire :	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non Horaire :	<input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non Horaire :
Après-midi	Horaire :				

Date souhaitée du début de l'intervention :

10. Remarques

Par sa signature, la direction de l'institution souhaite bénéficier des mesures proposées par la Fondation Coup d'Pouce dans le cadre du service d'assistance à l'intégration pré et parascolaire.
A cet effet, elle s'engage :

- à signer un accord de collaboration avec la Fondation Coup d'Pouce, document qui définit les rôles et responsabilités de chacune des parties,
- à respecter les conditions établies pour la mise en œuvre du service.

Date : _____ Signature : _____

Le présent document est à retourner par courrier ou e-mail à la Fondation Coup d'Pouce
Av. de la Chablière 4, 1004 Lausanne / aipp@coupdepouce.ch