



# Formulaire d'inscription

## Service Passerelle Loisirs

### Données personnelles du / de la bénéficiaire

NOM & PRENOM		GENRE	Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
DATE DE NAISSANCE		NATIONALITE	
ADRESSE		NPA/VILLE	
E- MAIL		TELEPHONE	
AUTORITE PARENTALE	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Curateur-trice <input type="checkbox"/>		
LIEU DE VIE	Domicile des parents <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Appartement indépendant <input type="checkbox"/> Temps partiel en institution <input type="checkbox"/> Institution à temps complet <input type="checkbox"/>		

### Personne de contact pour la suite des démarches

NOM PRENOM		ROLE	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Curateur-trice <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> :
ADRESSE		NPA/VILLE	
TELEPHONE		E- MAIL	

### Autres personnes de contact

J'autorise la Fondation Coup d'Pouce (ci-après FCP) à prendre contact avec la/les personne(s) nommée(s) ci-dessous afin de compléter l'inscription ainsi que l'évaluation des besoins d'accompagnement :

NOM PRENOM		FONCTION <i>(Assitant-e social-e, éducateur-trice, directeur-trice de l'école, etc.)</i>	
TELEPHONE		E-MAIL	
NOM PRENOM		FONCTION <i>(Assitant-e social-e, éducateur-trice, directeur-trice de l'école, etc.)</i>	
TELEPHONE		E-MAIL	

## Conditions d'accès aux prestations du service Passerelle Loisirs

### Pour les mineurs jusqu'à 16 ans

L'enfant bénéficie d'une ou plusieurs **mesure-s renforcée-s de pédagogie spécialisée** décidée-s par la Direction générale de l'enseignement obligatoire et de la pédagogie spécialisée (DGEO).

**Merci de joindre une copie du document attestant la·les mesure-s renforcée-s**

OUI

NON

Si l'enfant ne bénéficie pas de mesure renforcée, merci de nous transmettre **un certificat /rapport médical attestant d'une déficience ou d'un trouble invalidant qui compromet la participation à un loisir sans accompagnement spécifique.**

### Pour les mineurs de 16 ans à 18ans

Merci de nous transmettre **un certificat /rapport médical attestant d'une déficience ou d'un trouble invalidant qui compromet la participation à un loisir sans accompagnement spécifique.**

### Pour les adultes dès 18 ans

La personne présente une déficience (physique, mentale, sensorielle, cognitive ou psychique, polyhandicap ou trouble invalidant)

OUI

NON

La personne est au bénéfice de l'assurance invalidité (AI)

OUI

NON

### Demande d'autorisations

J'autorise la FCP à **collecter et traiter les données sensibles concernant la personne** (p. ex. données relatives à la santé, diagnostic, autres.)  
Ces données nous sont nécessaires pour pouvoir évaluer et réaliser la meilleure prestation possible et justifier auprès du canton de la subvention allouée.  
Les données ne sont pas transmises à des tiers hors des partenaires de la FCP.

OUI

NON

J'autorise la FCP à **transmettre le Programme de loisirs personnalisés à la structure de loisirs (PLP)** qui accueillera la personne.

OUI

NON

J'autorise la FCP à **publier les photographies** sur lesquelles le/la bénéficiaire apparaît (Par ex : rapport d'activités, site internet, affichage dans les locaux, etc.).

OUI

NON

OUI mais je souhaite voir la photo avant publication

### Signatures & date

Date

Bénéficiaire

Parent(s) ou curateur-  
trice

Veuillez noter que le nombre de places du service Passerelle Loisirs est limité