



Première inscription pour du répit à domicile

Coordonnées de la famille	
Nom et prénom du parent / des parents	
Adresse postale CP et Ville	
Numéro de téléphone	
Email	
Contact en cas d'urgence n°1	
Contact en cas d'urgence n°2	

Enfant en situation de handicap	
<i>Merci de remplir également la fiche enfant sur les habitudes de votre enfant.</i>	
Prénom	
Nom	
Date de naissance	
Votre enfant a des frères et/ou sœurs vivant à domicile. Si oui, merci de préciser les prénoms et dates de naissance.	

Votre participation financière		
Je coche selon ma situation	Votre quotient familial (à retrouver sur votre compte CAF- déclaration sur l'honneur)	Reste à charge par créneau de 3h
☐	Je ne peux pas participer financièrement	gratuité
☐	QF inférieur ou égal à 350	2 euros
☐	QF entre 351 et 500	5 euros
☐	QF entre 500 et 700	7 euros
☐	QF supérieur à 700	10 euros

Informations médicales

L'accompagnante pourra prodiguer les soins prescrits à l'enfant / aux enfants par les professionnels de santé et réalisés par les parents sur la base d'une autorisation écrite des parents (voir ci-dessous).

A ce jour, les soins prescrits et dont la réalisation est déléguée à l'accompagnant.e de Constellation sont les suivants :

☐

☐

☐

L'accompagnant.e ne peut en revanche prodiguer les actes médicaux énumérés par l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins

Le carnet de santé se trouve :

Les médicaments sont stockés :

Si l'enfant a un protocole d'urgence, il se trouve :

☐ M/ Mme autorisent l'accompagnant.e salariée et sous la responsabilité de l'association Constellation à effectuer les soins et les actes décrits dans ce documents et à administrer les traitements dont l'ordonnance est jointe.

Date et Signature précédées de la mention "Lu et approuvé" :