



FORMULAIRE DE DEMANDE(S) ENFANTS-JEUNES  
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Enfant (nom prénom) : .....

École de référence : .....

École de scolarisation si elle est différente de l'école de référence : .....

**Enfant et autres personnes vivant à domicile**

Nom	Prénom	Date de naissance	Situation actuelle (scolarité, apprentissage, activité professionnelle ...)	Lien de parenté

**Prise(s) en charge de l'enfant**

Ajouter un **emploi du temps récapitulatif sur une semaine** (sauf internat) qui précise pour chaque période de la journée, la nature des prises en charge et les nom et qualités (exemple : père, mère, prestataire, école, établissement médico social (préciser le type) professionnel de santé libéral ..... ) de la personne qui les assure.

Emploi du temps à remplir au verso.

*Exemple*

Jour	Heures	Prise en charge	Nom et qualité	Lieu
Lundi	7 à 10 h	Lever, petit déjeuner, toilette, surveillance	Aidant familial (mère)	Domicile
	10 à 11 h	Orthophonie	Mme Dupont orthophoniste CAMSP	CAMSP
	11 à 15 h	Repas, sieste, surveillance	Aidant familial (grand-mère)	Domicile
	15 à 16h	Kinésithérapie	M Martin	En cabinet
	16 à 21h	Surveillance, dî ner, coucher	Aidant familial (père)	Domicile

Vous pouvez également ci-dessous apporter toutes précisions que vous jugez utiles :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

