



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

Projet 2018 - 2019

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

1. Institution d'accueil de jour	
Nom :	
Adresse :	
NPA :	Localité :
E-mail :	Téléphone :
Direction :	
Personne de contact pour cette demande : <i>(si autre que la direction)</i>	Téléphone :
	E-mail :

2. Bénéficiaire de la mesure demandée	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
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 la CIP ? <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 reçu la décision d'engagement financier de la CIP ? oui / non

Si oui, merci de joindre une copie de la décision

Nombre d'heures de soutien octroyé par semaine :

6. Horaire prévu de fréquentation de l'enfant :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	Horaire :	Horaire :	Horaire :	Horaire :	Horaire :
Après-midi	Horaire :	Horaire :	Horaire :	Horaire :	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 :

Date du début de l'accueil :

7. Horaire souhaité d'intervention du collaborateur FCP :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	Horaire :	Horaire :	Horaire :	Horaire :	Horaire :
Après-midi	Horaire :	Horaire :	Horaire :	Horaire :	Horaire :

Date souhaitée du début de l'intervention:

8. Remarques

--

Par sa signature, la direction de l'institution souhaite bénéficier des mesures proposées par la Fondation Coup d'Pouce dans le cadre du projet pilote dans le domaine préscolaire et parascolaire. A cet effet, elle s'engage :

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

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 / info@coupdepouce.ch