INSCRIPTION passages accompagnés (en groupe)
(est considéré comme garantie financière)

Les services assurent un encadrement, et non un soutien individuel ou socio-pédagogique. La demande doit être reçue par le prestataire de services au moins une semaine avant l'événement. Une confirmation d'inscription sera envoyée dans les 2 jours.

**Service/Autorité :**

Nom: …………………………….....................Institution: ………..………………...........

Adresse: ………………………..…………..…… Tel.: …………….………………..............

Mail : ………………………………………………………………………………………………………..

Adresse de facturation (si elle est différente) : …………………………………………………………

[ ]  **Inscription pour passages accompagnées (max. CHF 80.- par passage)**

Dates pour les passages accompagnés selon un plan distinct, mais en règle générale :

* les 2e et 4e mercredis du mois entre 13 et 14 heures et entre 17 et 18 heures
* 1er et 3ème vendredi du mois entre 17h00 et 18h00
* 3ème samedi du mois entre 9h00 et 10h00 et entre 17h00 et 18h00
* 1er et 3ème dimanche du mois entre 17h00 et 18h00

Date: …………..… Passage à: ………..…. heure Retour à: ………..…. heure

Date: …………..… Passage à: ………..…. heure Retour à: ………..…. heure

Date: …………..… Passage à: ………..…. heure Retour à: ………..…. heure

Date: …………..… Passage à: ………..…. heure Retour à: ………..…. heure

Date: …………..… Passage à: ………..…. heure Retour à: ………..…. heure

Date: …………..… Passage à: ………..…. heure Retour à: ………..…. heure

**Enregistrement de série:**

Jour de la semaine: ………..……. Passage à: ………..…. heure Retour à: ……… heure

Première date: …………..….………….…… Dernière date: …………..…..…….…..……..

**Commentaires, dispositions particulières** (par exemple, différentes heures d'arrivée des parents)

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parents:** | **Mère** | **Père** |
| Nom |  |  |
| Prénom |  |  |
| Date de naissance |  |  |
| Adresse |  |  |
|  |  |  |
| Tel. / Mobile |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Enfants:** | **vivant chez la Mère** | **vivant chez le Père** |
| Nom / Prénom Date de naissance |  |  |
| Nom / PrénomDate de naissance |  |  |

**Les parents vivent actuellement:** [ ]  séparés [ ]  judiciairement séparés

 [ ]  divorcés [ ]  non marié

**Qui a la garde parentale ?** [ ]  la mère [ ]  le père

**Qui a l’autorité parentale ?** [ ]  la mère [ ]  le père

 [ ]  autre : ……………………………………………

**Des mesures de protection des enfants sont-elles en place ?** (surveillance parentale, tutelle, assistance)

[ ]  non [ ]  oui, quels? ...............................................................................................................................................

**Comment les passages accompagnés sont-ils réglementés ?**

[ ]  Passages accompagnés sur une base volontaire?

[ ]  Passages accompagnés ordonnés - par qui ? Décision de ?

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

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

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

**Les parents sont-ils en consultation concernant le problème du droit de visite ?**

[ ]  non [ ]  oui, où? [ ]  précédemment, où?

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

**Quels sont les problèmes liés au droit de visite / passages ?**

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

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

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

**L'enfant a-t-il besoin d'une attention particulière** (allergies, médicaments, régime alimentaire, etc.) ?

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

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

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

 **Cachet et signature
Date: de l’autorité/du service :**

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

**Veuillez envoyer les inscriptions à:**

Kinderhaus Stern im Ried / Home d'enfants Étoile du Ried

Paul Robert Weg 16 / Chemin Paul Robert 16

2502 Biel - Bienne

Tel. 032 344 19 20

info@kinderhaussternimried.ch