INSCRIPTION droit de visite accompagnée (en groupe)
(est considéré comme garantie financière)

Les services assurent un encadrement et non un accompagnement 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.

**Autorité/Service:**

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

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

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

Adresse de facturation (si différente): ………………………………………………………………..

[ ]  **Inscription pour les visites accompagnées (CHF 120.-/heure):**

\*Note : Lors de la première visite, le parent qui a le droit de visite sera convoqué pour un entretien préliminaire attendue. Elle aura lieu ½ une heure avant l'arrivée des enfants. Le temps de visite de l'enfant sera réduit en conséquence.

Les données accompagnaient les visites selon un plan distinct, mais en règle générale :

* 1er et 3ème samedi du mois entre 9h00 et 12h00
* 4ème mercredi du mois entre 14 heures et 17 heures

Date: …………..…. durée de la visite de: …………..…. heure à: …….………. heure

Date: …………..…. durée de la visite de: …………..…. heure à: …….………. heure

Date: …………..…. durée de la visite de: …………..…. heure à: …….………. heure

Date: …………..…. durée de la visite de: …………..…. heure à: …….………. heure

Date: …………..…. durée de la visite de: …………..…. heure à: …….………. heure

Date: …………..…. durée de la visite de: …………..…. heure à: …….………. heure

**Enregistrement de série:**

Jour de la semaine: ……….... durée de la visite de: …..…….. heure 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

 [ ]  autre : ………………………………………………

**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 le droit de visite est-il réglementé ?**

[ ]  Visites accompagnées sur une base volontaire?

[ ]  Visites accompagnées ordonnées - 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 assignant:**.................................................. ..................................................

**Veuillez envoyer les inscriptions à:**

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

Paul Robert Weg 16 / Chemin Paul Robert 16

2502 Biel/Bienne

Tel. 032 344 19 20

info@kinderhaussternimried.ch