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 / Prénom  Date 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](mailto:info@kinderhaussternimried.ch)