

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**« PRÉ INSCRIPTION »**

**DATE DE LA DEMANDE :** ...../...../20.....

**Reçue par :** .....

**REPRÉSENTANT LÉGAL**

Nom Prénom : .....

Adresse : .....

CP – VILLE : .....

N° TÉL Fixe : ..... Portable : .....

Email : .....

Qualité ou lien de parenté : .....

**ENFANT**

Nom Prénom : .....

Date de naissance : ..... soit : ..... ans

Pathologie/ Handicap : .....

.....

.....

**PROVENANCE / ÉTABLISSEMENT**

Nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

CP – VILLE : .....

Nom du référent : .....

N° TÉL : ..... Email : .....

*... plus de 1000 personnes en situation de handicap accompagnées quotidiennement depuis 1961*

## **NOTIFICATION MDPH**

MDPH de référence (Département): .....

Date notification MDPH /orientation Accueil temporaire: .....

**PÉRIODE(S) D'ACCUEIL SOUHAITÉE(S)** (à classer dans l'ordre de priorité. Au minimum 2 jours et au maximum 90 jours dans l'année)

**1.** .....

**Durée (en jours) :** .....

**2.** .....

**Durée (en jours) :** .....

**3.** .....

**Durée (en jours) :** .....

## **CONTEXTE DE LA DEMANDE**

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

## LES ATTENDUS DE CE SEJOUR

### Par l'enfant (si possible)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Par les parents

---

---

---

---

---

---

---

---

### Par l'établissement d'accueil

---

---

---

---

---

---

---

---

