

**SERVICE DE L'ACTION SOCIALE**20, faubourg des Capucins  
CH-2800 Delémontt +41 32 420 51 40  
f +41 32 420 51 41  
secr.sas@jura.ch**FORMULAIRE DE REQUÊTE POUR LE SOUTIEN ÉDUCATIF DE PLUSIEURS ENFANTS DANS LE MÊME GROUPE EN STRUCTURE D'ACCUEIL EXTRAFAMILIAL****Document rempli par la direction de la structure** Demande initiale  Renouvellement**1. INFORMATIONS SUR L'ENFANT 1**

Nom et prénom Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**2. INFORMATIONS SUR LA SITUATION DE L'ENFANT 1**

Situation nécessitant un soutien éducatif (observations faites, besoins des enfants, éventuels diagnostics, etc.) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Objectif(s) et perspective(s) pour l'enfant dans le cadre de son accueil Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Des mesures d'accompagnement socio-éducatives sont-elles dispensées  Oui  Non SEI  CMPEA  logopédiste  psychomotricité  ergothérapeute physiothérapeute  Autre Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L'enfant bénéficie-t-il/elle d'une mesure de pédagogie spécialisée ordinaire ou renforcée dans le cadre scolaire ou école spécialisée ?

 oui nombre d'heures hebdomadaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

type de soutien Choisissez un élément.

 non raisons : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Droit à des prestations**Prestations AI  non  demande en cours  oui, type de prestations API si oui degré mensuel perçu  Supplément pour soin intense, si oui, heures reconnues et montant**Remarques/ compléments** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## 1. INFORMATIONS SUR L'ENFANT 2

Nom et prénom Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## 2. INFORMATIONS SUR LA SITUATION DE L'ENFANT 2

Situation nécessitant un soutien éducatif (observations faites, besoins des enfants, éventuels diagnostics, etc.) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Objectif(s) et perspective(s) pour l'enfant dans le cadre de son accueil Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Des mesures d'accompagnement socio-éducatives sont-elles dispensées  Oui  Non

SEI  CMPEA  logopédiste  psychomotricité  ergothérapeute

physiothérapeute  Autre Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L'enfant bénéficie-t-il/elle d'une mesure de pédagogie spécialisée ordinaire ou renforcée dans le cadre scolaire ou école spécialisée ?

oui nombre d'heures hebdomadaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

type de soutien Choisissez un élément.

non raisons : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

### Droit à des prestations

Prestations AI  non  demande en cours  oui, type de prestations

API si oui degré  Supplément pour soin intense, si oui, heures reconnues et montant mensuel perçu

### Remarques/ compléments :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

### 1. INFORMATIONS SUR L'ENFANT 3

Nom et prénom Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

### 2. INFORMATIONS SUR LA SITUATION DE L'ENFANT 3

Situation nécessitant un soutien éducatif (observations faites, besoins des enfants, éventuels diagnostics, etc.) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Objectif(s) et perspective(s) pour l'enfant dans le cadre de son accueil Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Des mesures d'accompagnement socio-éducatives sont-elles dispensées  Oui  Non

SEI  CMPEA  logopédiste  psychomotricité  ergothérapeute

physiothérapeute  Autre Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L'enfant bénéficie-t-il/elle d'une mesure de pédagogie spécialisée ordinaire ou renforcée dans le cadre scolaire ou école spécialisée ?

oui nombre d'heures hebdomadaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

type de soutien Choisissez un élément.

non raisons : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

#### Droit à des prestations

Prestations AI  non  demande en cours  oui, type de prestations

API si oui degré  Supplément pour soin intense, si oui, heures reconnues et montant mensuel perçu

#### Remarques/ compléments :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## 1. INFORMATIONS SUR L'ENFANT 4

Nom et prénom Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## 2. INFORMATIONS SUR LA SITUATION DE L'ENFANT 4

Situation nécessitant un soutien éducatif (observations faites, besoins des enfants, éventuels diagnostics, etc.) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Objectif(s) et perspective(s) pour l'enfant dans le cadre de son accueil Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Des mesures d'accompagnement socio-éducatives sont-elles dispensées  Oui  Non

SEI  CMPEA  logopédiste  psychomotricité  ergothérapeute

physiothérapeute  Autre Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L'enfant bénéficie-t-il/elle d'une mesure de pédagogie spécialisée ordinaire ou renforcée dans le cadre scolaire ou école spécialisée ?

oui nombre d'heures hebdomadaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

type de soutien Choisissez un élément.

non raisons : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

### Droit à des prestations

Prestations AI  non  demande en cours  oui, type de prestations

API si oui degré  Supplément pour soin intense, si oui, heures reconnues et montant mensuel perçu

### Remarques/ compléments :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

### 3. INFORMATIONS RELATIVES AU GROUPE

Description du groupe dans lequel une prestation « heures de soutien » est demandée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Groupe d'âge : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Capacité d'accueil du groupe : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

*Merci d'indiquer le nombre d'enfants (y compris avec des besoins soutiens éducatifs) inscrits chaque moment de la journée ainsi que le nombre de professionnels présents (hors encadrement spécialisé) :*

|                 |                 | Personnel formé | Personnel non-formé | Enfants présents |
|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------|------------------|
| <b>Lundi</b>    | Matin/ déjeuner | Nombre          | Nombre              | Nombre           |
|                 | Midi            | Nombre          | Nombre              | Nombre           |
|                 | Après-midi/ 16h | Nombre          | Nombre              | Nombre           |
| <b>Mardi</b>    | Matin/ déjeuner | Nombre          | Nombre              | Nombre           |
|                 | Midi            | Nombre          | Nombre              | Nombre           |
|                 | Après-midi/ 16h | Nombre          | Nombre              | Nombre           |
| <b>Mercredi</b> | Matin/ déjeuner | Nombre          | Nombre              | Nombre           |
|                 | Midi            | Nombre          | Nombre              | Nombre           |
|                 | Après-midi/ 16h | Nombre          | Nombre              | Nombre           |
| <b>Jeudi</b>    | Matin/ déjeuner | Nombre          | Nombre              | Nombre           |
|                 | Midi            | Nombre          | Nombre              | Nombre           |
|                 | Après-midi/ 16h | Nombre          | Nombre              | Nombre           |
| <b>Vendredi</b> | Matin/ déjeuner | Nombre          | Nombre              | Nombre           |
|                 | Midi            | Nombre          | Nombre              | Nombre           |
|                 | Après-midi/ 16h | Nombre          | Nombre              | Nombre           |

Aménagement/ démarches réalisées jusqu'à présent pour favoriser l'inclusion : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

#### 4. RENFORCEMENT DE L'ENCADREMENT DES ENFANTS

Personne de contact de la structure Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Personne de référence des enfants au sein de la structure Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Profil du professionnel engagé dans le cadre du soutien éducatif (CFC, ES, HES) et motivations Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nombre d'heures hebdomadaires effectives de présence pour chaque enfant Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nombre d'heures hebdomadaires de soutien éducatif global Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nombre d'heures mensuelles (y compris temps administratif et colloque) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coût par heure Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coût par mois Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coût par année Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Début du soutien spécialisé souhaité dès le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Demande déposée par Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lieu et date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Confirmation que l'information relative aux associations a été donnée (oralement) aux familles lors de la demande initiale.

*Demande à transmettre par email à [secr.sas@jura.ch](mailto:secr.sas@jura.ch) en fichier word*

#### **Annexes pour chaque enfant :**

-Certificat médical

-Synthèse SEI

-Bilan annuel de la dernière période, si renouvellement