

Date de la demande : _____

Coordonnées du porteur de la demande :	CARDONER Sonia - Responsable du CREJH - 07 71 22 87 70 replitparental.crejh@gmail.com
Coordonnées de la structure accueillante Nom du directeur / du responsable	

Information du représentant légal

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Code Postal :		Commune :	
Téléphone mère :		Téléphone père :	
Mail :			
QF de la CAF :			

Information de l'enfant (Enfant entre 6 et 13 ans)

Prénom enfant :		Nom enfant : (si différent du responsable)			
Date de naissance		Nature du handicap			
N° de dossier MDPH :		Date d'échéance :			
Aide financière liée au handicap :	AEEH :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
	PCH :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Scolarisation :	<input type="checkbox"/>	AESH		Coordonnées de l'école :	
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	Milieu Spécialisé		Coordonnées de l'établissement :	

Demande l'intervention (Mercredi, petites ou grandes vacances)

Début de l'intervention souhaité :	
------------------------------------	--

Temps d'accueil

Avril 2022 ④ Juillet 2022 ④ Aout 2022 ④ Octobre 2022 ④ Mercredi ④

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	<input type="checkbox"/> De ___ h à ___ h	<input type="checkbox"/> De ___ h à ___ h	④ De ___ h à ___ h	④ De ___ h à ___ h	④ De ___ h à ___ h
Avec repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après-midi	<input type="checkbox"/> De ___ h à ___ h	④ De ___ h à ___ h	④ De ___ h à ___ h	④ De ___ h à ___ h	④ De ___ h à ___ h

IMPORTANT (Documents à fournir)

- Dernière notification de la CDAPH (MDPH)
- Dernière attestation de la CAF avec mention du QF
- Dernière synthèse des thérapeutes qui suivent l'enfant