

**DEMANDE DE DEROGATION[[1]](#footnote-1)**

**Accueillant.e d’enfants salarié.e**

**Nombre d’enfants présents simultanément[[2]](#footnote-2)**

**Dépassement 4 ETP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| **Nom du Service** |  | |
| **N°Matricule** |  | |
| **Nom du Travailleur psycho-médico-social** |  | |
| **Jour(s) de permanence** |  | |
| **Téléphone** |  | |
| **Mail** |  | |
| **Date de la demande[[3]](#footnote-3)** | (jj/mm/aaaa) | |
| **Nom du Coordinateur accueil ONE** |  | |
|  | | |
| **Accueillant.e concerné.e par la demande de dérogation** | Nom: | |
|  | Prénom: | |
|  | Adresse du lieu d’accueil : | |
|  | Engagé.e depuis : | |
|  | | |
| **Période de la demande de dérogation**  🛈 *maximum 6 mois* | Du       au(jj/mm/aaaa) | |
|  | | |
| **Nom et prénom de l’enfant concerné** | |  |
|  | | Date de naissance : |
| **1ère demande de dérogation pour cet enfant**  **Prolongation de la demande de dérogation pour cet enfant**  **Date de la période de la précédente dérogation :** du       au  **Cette précédente dérogation était la 1ère** ou **la …….** | | |
|  | | |
| **Motifs de dérogation**    **Accueil de la fratrie**  **Suspension ou cessation d’activité imprévue de l’accueillant(e) habituelle**  **Modification imprévue de l’horaire d’accueil d’un enfant** (/exemple modification  du temps de travail d’un des parents)  **Reprise professionnelle anticipée des parents, prolongation imprévue et liée à**  **l’intérêt de l’enfant**  **Motifs médicaux concernant l’enfant** (allergies,…)  **Modification de la situation familiale**  **Tout motif impérieux lié à l’intérêt supérieur de l’enfant** | | |
| **Motivation de la demande de dérogation** | | |
| **Solutions alternatives** | | **oui**  **non** |
| **Si oui, lesquelles ?** | |  |
|  | | |
| **Avis du Travailleur psycho-médico-social sur les conditions d’accueil[[4]](#footnote-4)** | | |

| **INSCRITS** | | | | **PRESENCES** | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’enfant | Date de naissance | Date d’entrée (jj/mm/aaaa) | Date de sortie  (jj/mm/aaaa) | Lundi | | Mardi | | Mercredi | | Jeudi | | Vendredi | |
|  |  |  |  | **AM** | **PM** | **AM** | **PM** | **AM** | **PM** | **AM** | **PM** | **AM** | **PM** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL du nombre d’enfants inscrits:** | **TOTAUX:** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Avis du Conseiller médical pédiatre (facultatif)** | |
| Date: | Signature: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Avis du Coordinateur accueil** | |
| Date: | Signature: |

1. Formulaire à renvoyer au Coordinateur Accueil [↑](#footnote-ref-1)
2. Sans jamais permettre l’accueil de plus de 6 enfants simultanément et pour autant que les infrastructures le permettent et que l’accueillant(e) bénéficie d’une aide supplémentaire (familial ou encadrement accru du travailleur social) [↑](#footnote-ref-2)
3. Pour rappel, toute demande de dérogation doit être introduite préalablement à la période concernée ou à tout le moins dès que possible, en cas d’urgence. [↑](#footnote-ref-3)
4. Portant notamment sur les aptitudes de l’accueillant(e), l’infrastructure (espace suffisant, équipement), son organisation, l’aide complémentaire (dossier administratif en ordre),…  [↑](#footnote-ref-4)