בס״ד

**Fiche de Préinscription et Renseignement HABITAT PARTAGE BEYA’HAD –**

**Prise en charge 24h/24 et 7-J/7**

**A la Villa Betty & Fortunée**

**Au 11 av des Olives 13013 Marseille**

**Sur le modèle de l’Habitat Inclusive**

« L’habitat inclusif est un habitat accompagné, partagé et inséré dans la vie locale. Il est destiné aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap qui font le choix, à titre de résidence principale, d’un **mode d’habitation regroupé**, entre elles ou avec d’autres personnes. Ce mode d’habitat regroupé est assorti d’un projet de vie sociale. »

Partenaire principal responsable de l’accompagnement 24h/24h ACAD / CASIM

# JJ /Nom de l’adulte… Prénom de l’adulte … h - h…...……… £ F £ G

# Date de naissance : …Age : …

**Votre enfant est-il allergique à un aliment ?**  **Non** £ **Oui lequel** ……….……………………..……..…………….

Nom, prénom, du père, de la mère : …

Adresse :……………….…………………………………………………..…………………….………………………….….…………………………….….

*MAIL* : ………………………….………………………………………………..……………….

N° de tél. Portable du père : ……………/ Mere ……………………………..

Nom, adresse, **tél**. d’une personne à prévenir en cas d’absence des parents ou en cas d’urgence : ……………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………

**Activités qui plaisent à votre enfant : …………………………………………………..**

**Choses/expériences qui font peur ou amène de l’anxiété à votre enfant :………………………………**

**Autres points importants à savoir……………………………………………………………………………………………**

**Nom et tel du Médecin Traitant**

**Médicaments :**

J’autorise mon enfant à participer à toutes les activités :  OUI  NON

J’autorise mon enfant à participer aux transports en car, voiture :  OUI  NON

J’autorise les responsables du centre ainsi que le personnel encadrant les enfants à la mise en œuvre en cas d’urgence des traitements et interventions qui peuvent être reconnus médicalement nécessaires.

 **OUI**  **NON**

**Je voudrais avoir plus d’informations sur l’habitat Partagé , Veuillez SVP me contacter au ………………….**

**PAF : 1050€ (dont 200€ environ de APL)**

**+ Mutualisation des heures de PCH**

Pour toute question ou resa sur ce projet veuillez appeler Rav Rosenthal 0761208013 Ou Mlle CHAMAK au 0662106513

# Marseille, le …………………………………… Signature des parents ou du tuteur :

# 

**Beya’had, 29 Av des olives 13013.**

***Cadre réservé à la comptabilité***