

FICHE DE PRESCRIPTION

CONDITIONS INDISPENSABLES

- Être inscrit dans un parcours d'insertion sociale et professionnelle avec des problématiques de garde
- Avoir au moins un enfant de moins de 3 ans
- Résider dans le bassin nogentais ou dunois

Date d'inscription : ____ / ____ / ____

COORDONNÉES DU PROFESSIONNEL ORIENTANT LA DEMANDE

Structure : _____

Nom / Prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Situation du(des) parent(s)

PARENT 1 ACCOMPAGNÉ

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Email : _____

PARENT 2 ACCOMPAGNÉ

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Email : _____

SITUATION FAMILIALE

- ☐ En couple ☐ QPV Nombre d'enfants : _____
- ☐ Parent isolé ☐ Zone rurale Nombre d'enfants de moins de 6 ans : _____

Situation socio-professionnelle

- ☐ Allocataire CAF N° allocataire CAF : _____
- ☐ Allocataire MSA Quotient familial : _____
- ☐ Autre _____
- ☐ Allocataire RSA ☐ ASS ☐ AAH ☐ Autre _____

SITUATION VIS-À-VIS DE L'EMPLOI

- ☐ Sans activité ☐ Salarié ☐ Inscription à France Travail
- ☐ En recherche d'emploi ☐ CDI N° d'identifiant : _____
- ☐ En formation ☐ CDD
- ☐ En création d'entreprise ☐ Intérim

ANCIENNETÉ DE LA RECHERCHE D'EMPLOI

- ☐ Moins de 12 mois ☐ Entre 12 et 24 mois ☐ Plus de 24 mois ☐ Plus de 36 mois

Objet de la demande

MOTIF PRINCIPAL

- ☐ Reprise d'emploi
- ☐ Accès à l'emploi
- ☐ Entrée en formation
- ☐ Stage
- ☐ Levée des freins sociaux

BESOIN D'ACCUEIL DE(S) L'ENFANT(S)

- ☐ Régulier ☐ Occasionnel ☐ Horaires atypiques

MODE D'ACCUEIL SOUHAITÉ

Attention, l'offre accessible dépend du lieu d'habitation

- ☐ Collectif ☐ Individuel ☐ Indifférent

PÉRIMÈTRE GÉOGRAPHIQUE

Distance depuis le domicile

- ☐ 5 km ☐ 10 km ☐ 30 km

ADRESSE DU LIEU DE FORMATION OU DE L'EMPLOI

Code postal : _____ Ville : _____

MOYEN DE TRANSPORT UTILISÉ PAR LA FAMILLE : _____

BESOINS SPÉCIFIQUES

- | | |
|---|--|
| ☐ Soutien à la parentalité | ☐ Accompagnement administratif |
| ☐ Informations sur les modes de garde / Lieux ressources | ☐ Conseils sur les droit liés à la garde d'enfant |

DATE ET HORAIRES DU BESOIN D'ACCUEIL :

DU __ / __ / ____ AU __ / __ / ____

☐ PLANNING FIXE

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Samedi ☐ Dimanche

Horaires : _____

☐ PLANNING VARIABLE

Enfant(s) concerné(s) par la demande

Ne faire figurer que les enfants à accueillir - Si plus d'enfant, les écrire sur une page libre

ENFANT 1

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / ____

Expérience d'accueil ultérieure :

☐ Oui

☐ Non

Si oui, préciser : _____

Besoins spécifiques :

☐ Handicap reconnu MDA

☐ Projet d'Accueil Individualisé

☐ Autre : _____

ENFANT 2

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / ____

Expérience d'accueil ultérieure :

☐ Oui

☐ Non

Si oui, préciser : _____

Besoins spécifiques :

☐ Handicap reconnu MDA

☐ Projet d'Accueil Individualisé

☐ Autre : _____

Autres freins repérés

Plusieurs réponses possibles

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Mobilité | ☐ Santé/handicap | ☐ Difficultés financières |
| ☐ Maîtrise du français | ☐ Accès au numérique | ☐ Organisation familiale |
| ☐ Autre _____ | | |

OBSERVATIONS DU PROFESSIONNEL PRESCRIPTEUR

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature du prescripteur

Signature du parent

Dossier à envoyer à : passerelle.insertion@pep28.asso.fr

Cadre réservé à l'instruction du dossier

Date de réception : ____ / ____ / ____

Référent du dossier : _____

Suivi de la demande : _____
