DOSSIER DE DEMANDE D’AUTORISATION   
POUR UN-E ACCUEILLANT-E CONVENTIONNÉ-E

IDENTIFICATION SERVICE

* N° de matricule:
* Service:
* AS traitant le dossier🡪 Nom:

-> Horaire de permanence:

* 🖂 Adresse:
* Code postal:    Commune:
* 🕻 Tél: /
* 🖰 e-mail:      @
* Capacité agréée (Nombre d’accueillant-e-s):
* Capacité effective actualisée (Nombre d’accueillant-e-s en fonction):

DEMANDE

CETTE CANDIDATURE EST:

Un dossier de remplacement de Mme, Mr : Nom :

* Terminant son activité le:  /  /
* En congé de maladie de longue durée depuis le:  /  /
* Autre:

Un déménagement:

Une nouvelle candidature

Disponibilités de l’accueillant-e:*(indiquer l’horaire d’ouverture)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|  |  |  |  |  |

Dates des contacts entre le travailleur social et l’accueillant-e conventionné-e

DOSSIER ACCUEILLANT-E CONVENTIONNÉ-E

1. IDENTITE DE L’ACCUEILLANT-E ET DE SA FAMILLE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom | Prénom | Date de naissance | Profession / scolarité |
| Accueillant-e |  |  | // |  |
| Conjoint-e |  |  | // |  |
| Enfant(s) vivant sous le même toit |  |  | // |  |
|  |  |  | // |  |
|  |  |  | // |  |
|  |  |  | // |  |
|  |  |  | // |  |
|  |  |  | // |  |
|  |  |  | // |  |
|  |  |  | // |  |
| Autre(s) personne(s) vivant sous le même toit |  |  | // |  |
|  |  |  | // |  |
|  |  |  | // |  |
|  |  |  | // |  |

🖂Adresse:

🕻 Téléphone fixe:    /

🖁GSM:      /

🖰 e-mail éventuellement:      @

N° du registre national:   .  .  -   .

Compte bancaire1:

⮡N° compte bancaire IBAN[[1]](#footnote-1): BE  -    -    -

⮡N° compte bancaire BIC1:

1. Conditions de base

2.1 Données administratives

Autorisation demandée pour l’accueil de enfants ETP

Mentionner dans le tableau ci-dessous les **DATES** de délivrance ou de signature.

*Joindre les documents probants.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Accueillant-e | Conjoint-e | Enfant-s de l’accueillant-e | Autres |
| Formation du (de la)candidat-e[[2]](#footnote-2): | // |  |  |  |
| Convention entre le Service et le (la)candidat-e | // |  |  |  |
| (Pour toute personne de 18 ans et plus)  Extrait du casier judiciaire (encadrement d’enfants mineurs), spécifique au personnel en contact avec des mineurs et exempt de condamnation ou de mesure d'internement pour faits de mœurs ou de violence à l'égard de ces derniers et datant de moins de six mois au moment de l'introduction de la demande.  Ce certificat doit être renouvelé tous les 5 ans | // | // | // | // |
| // | // |
| // |
| Immunisation contre la rubéole  Femmes de 15 à 50 ans | // | // | // | // |
| // | // |
| // | // |
| // | // |
| Certificat de santé physique et psychique (pour les personnes de plus de 15 ans) | // | // | // | // |
| // |
| // | // |
| // |
| Vaccination des enfants de moins de  6 ans (ou copie de la carte de vaccination à joindre au dossier) | Vaccinations : enfant 1 :  Vaccinations : enfant 2 :  Vaccinations : enfant 3 :  Vaccinations : enfant 4 : | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Assurances éventuelles prises par l’accueillant-e :  assurance familiale  assurance incendie  Autre (préciser) | Date de prise d’effet : //  Date de prise d’effet : //  Date de prise d’effet : // |
| S’il y a des animaux:  certificat de vaccination mentionnant les dates et assurance en responsabilité civile éventuelle, indiquant la prise en considération de l’animal |  |

DONNEES FaCULTATIVES

2.2 Relevé des animaux présentS **dans L’ENVIRONNEMENT DU**  milieu d’accueil

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Type  *(si chien, indiquer la race)* | Nombre | Mesure à prendre  pour éviter tout contact |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

2.3 TABAC

|  |  |
| --- | --- |
| TABAC – Accueillant-e | Mesure à prendre pour éviter  le tabagisme passif des enfants accueillis et maintenir l’obligation de surveillance |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| TABAC – Entourage accueillant-e | Mesure à prendre pour éviter  le tabagisme passif des enfants accueillis |
|  |  |

1. ConditionS d’autorisation relatives à l’infrastructure

*Joindre un croquis métré ou plan des espaces métrés destinés aux enfants.Ce croquis/plan peut être fourni par lE/La candidat-e.*

* **L’espace d’accueil de l’enfant et de ses parents**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Situation | Description | L’aménagement pour les enfants d’un point de vue technique requiert: |
| Si autre, préciser: |  | * Une réorganisation de l’aménagement initial:  Si OUI, laquelle? * Des mesures de sécurité:  Si OUI, lesquelles? * Des mesures permettant une surveillance aisée du groupe d’enfants:  Si OUI, lesquelles? |
| Cet espace sera équipé du matériel suivant: |
|  |

**Le(s) espaces(s) de circulation entre les lieux de vie [[3]](#footnote-3)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Situation | Description | L’aménagement pour les enfants d’un point de vue technique requiert: |
| Si autre: |  | * Des mesures de sécurité:   Si OUI, lesquelles? * Des mesures permettant une surveillance aisée des enfants:  Si OUI, lesquelles? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Situation[[4]](#footnote-4) | Description | L’aménagement pour les enfants d’un point de vue technique requiert: |
| Si autre: |  | * Des mesures de sécurité:   Si OUI, lesquelles? * Des mesures permettant une surveillance aisée des enfants:  Si OUI, lesquelles? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Situation | Description | L’aménagement pour les enfants d’un point de vue technique requiert: |
| Si autre: | M²:  T°:  Type de revêtement de sol:  Type de chauffage:  Clarté:  Aération:  Autres éléments: | * Une réorganisation de l’aménagement initial: Si OUI, laquelle? * Des mesures de sécurité:  Si OUI, lesquelles? * Des mesures permettant une surveillance aisée des enfants: Si OUI, lesquelles? |
|  | | Cet espace sera équipé du matériel suivant : |
| Jeux et jouets :  Matériel de puériculture :  Mobilier adapté à la taille des enfants : |

**L’espace de Vie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Situation  À compléter si plusieurs espaces distincts | Description | L’aménagement pour les enfants d’un point de vue technique requiert: |
| Si autre, préciser : | M²:  T°:  Type de revêtement de sol:  Type de chauffage:  Clarté:  Aération:  Autres éléments: | * Une réorganisation de l’aménagement initial: Si OUI, laquelle? * Des mesures de sécurité:  Si OUI, lesquelles? * Des mesures permettant une surveillance aisée des enfants: Si OUI, lesquelles? |
|  | | |  | | --- | | Cet espace sera équipé du matériel suivant : | | Jeux et jouets :  Matériel de puériculture :  Mobilier adapté à la taille des enfants : | |

**L’espace soins[[5]](#footnote-5)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Situation | Description | L’aménagement pour les enfants d’un point de vue technique requiert: |
| Si autre, préciser : | Accès à un point d’eau  chaude /froide:  Clarté:  Aération:  Autres éléments: | * Des mesures de sécurité (notamment pour prévenir les accidents domestiques):   Si OUI, lesquelles? * Des mesures permettant une surveillance visuelle aisée du groupe d’enfants:  Si OUI, lesquelles? |
| Cet espace sera équipé du matériel suivant: |
| Matériel de puériculture:  Mobilier adapté à la taille des enfants:  Matériel permettant une organisation aisée de l’adulte: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Situation[[6]](#footnote-6) | Description | L’aménagement pour les enfants d’un point de vue technique requiert: |
| Si autre, préciser : | Accès à un point d’eau  chaude /froide:  Clarté:  Aération:  Autres éléments: | * Des mesures de sécurité (notamment pour prévenir les accidents domestiques):   Si OUI, lesquelles? * Des mesures permettant une surveillance visuelle aisée du groupe d’enfants:  Si OUI, lesquelles? |
| Cet espace sera équipé du matériel suivant: |
| Matériel de puériculture:  Mobilier adapté à la taille des enfants:  Matériel permettant une organisation aisée de l’adulte: |

**L’espace Préparation des repas**

|  |  |
| --- | --- |
| Situation | L’aménagement pour les enfants d’un point de vue technique requiert: |
| Si autre, préciser : | * Une réorganisation de l’aménagement initial:   Si OUI, laquelle? * Des mesures de sécurité pendant la préparation des repas:   Si OUI, lesquelles? * Des mesures permettant une surveillance aisée des enfants:  Si OUI, lesquelles? * Des mesures particulières de prévention des accidents domestiques:  Si OUI, lesquelles? |
|  |
|  |

**L’espace repas[[7]](#footnote-7)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Situation | Description | L’aménagement pour les enfants d’un point de vue technique requiert: |
| Si autre, préciser : | M²:  T°:  Type de revêtement de sol:  Type de chauffage:  Clarté:  Aération:  Autres éléments: | * Une réorganisation de l’aménagement initial:  Si OUI, laquelle? * Des mesures de sécurité pendant la préparation des repas:  Si OUI, lesquelles? * Des mesures permettant une surveillance aisée des enfants:  Si OUI, lesquelles? * Des mesures particulières de prévention des accidents domestiques:  Si OUI, lesquelles? |
| Cet espace sera équipé du matériel suivant: |
| Matériel de puériculture:  Mobilier adapté à la taille des enfants: |

**L’espace de repos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Situation | Description | L’aménagement pour les enfants d’un point de vue technique requiert: |
| Chambre réservée à l’accueil - Nombre:  Chambre partagée avec la famille[[8]](#footnote-8) - Nombre:  Autre, préciser : | M² chambre 1:  M² chambre 2:  M² chambre 3:  T°:  Type de revêtement de sol:  Type de chauffage:  Clarté:  Aération:  Accès:  Autres éléments: | * Une réorganisation de l’aménagement initial:  Si OUI, laquelle? * Des mesures de sécurité:  Si OUI, lesquelles? * Des mesures permettant une surveillance aisée des enfants:  Si OUI, lesquelles? |
| Cet espace sera équipé du matériel suivant: |
| Matériel de puériculture: |

**L’espace d’activité extérieure accessible aux enfants**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Situation par rapport  à l’habitation | Description | L’aménagement pour les enfants d’un point de vue technique requiert: |
| Accès: | Dont M²:  Autres éléments: | * Des mesures de sécurité:  Si OUI, lesquelles? * Des mesures temporaires spécifiques de sécurité (/ex. piscine en été, …):   Si OUI, lesquelles? * Des mesures permettant une surveillance visuelle et/ou verbale aisée du groupe d’enfants:   Si OUI, lesquelles? |
| Cet espace sera équipé du matériel suivant: |
|  |

avis de synthèse du travailleur social à propos de l’infrastructure

*Zone de texte*

*La grille complétée d’auto-évaluation des infrastructures pour les accueillant-e-s est jointe en annexe.*

*Les aménagements repris dans la troisième colonne des tableaux précédents seront réalisés pour la date d’autorisation et seront conformes aux dispositions de l’Arrêté infrastructure.*

Date et signature du Travailleur Social

1. Eléments spécifiqueS de sécurité

|  |  |
| --- | --- |
| Quelles possibilités l’accueillant(e)  a-t-il/elle d’appeler à l’aide en cas de nécessité? | Autre (préciser) : |
| Élément lié à la sécurité  Autre élément lié à la sécurité [[9]](#footnote-9): |  |

1. Rapport SOCIAL:

***Évaluation*** *(sous réserve du recul nécessaire)* ***de l’aptitude professionnelle du (de la) candidat-e pour exercer l’activité d’accueillant-e conventionné-e au sein du Service.***

Ce chapitre comprend une appréciation relative aux thèmes du document de référence établi par le SAEC pour le rapport social (voir annexe 3 comme exemple de document de référence[[10]](#footnote-10)) :

* Engagement professionnel dans l’activité
* Conciliation vie professionnelle – vie privée
* Accord avec le projet d’accueil du Service
* Appropriation du projet d’accueil
* Prise en charge quotidienne
* Attitudes éducatives
* Relation à l’enfant
* Relation aux parents
* S’il y a lieu, projet pédagogique propre à l’accueillant-e

*Zone de texte*

avis de synthèse global du travailleur social

*Zone de texte*

|  |  |
| --- | --- |
| NOM – PRENOM: | SIGNATURE: |
|  |  |
| DATE: |
| // |

1. AVIS COMPLEMENTAIRES demandés :

Selon les nécessités, d’autres avis **peuvent**, le cas échéant, être demandés sur base de questions ou de préoccupations des travailleurs sociaux ou du/de la Coordinateur/trice accueil ou du/de la Coordinateur/trice subrégional.

|  |  |
| --- | --- |
| *Cocher* | Objet |
|  | La formation du / de la candidat-e correspond-t-elle au titre requis pour exercer la fonction?  ***Expliquer si nécessaire*** |
|  | Analyse de l’extrait du casier judiciaire non vierge  ***Expliquer si nécessaire*** |
|  | Évaluation de la santé (lors de problématique particulière)  ***Expliquer si nécessaire*** |
|  | Autre: |

1. AVIS DU/de la COORDINATEUR/trice ACCUEIL:

*Zone de texte*

|  |  |
| --- | --- |
| NOM – PRENOM: | SIGNATURE: |
|  |  |
| DATE: |
| // |

**8. AVIS DU CONSEILLER MEDICAL PEDIATRE (facultatif) :**

*Zone de texte*

|  |  |
| --- | --- |
| NOM – PRENOM: | SIGNATURE: |
|  |  |
| DATE: |
| // |

1. Facultatif pour l’administration de l’ONE [↑](#footnote-ref-1)
2. Indiquer la formation du / de la candidat-e. [↑](#footnote-ref-2)
3. À compléter si présence d’un espace de circulation entre les lieux de vie [↑](#footnote-ref-3)
4. À compléter si plusieurs espaces distincts [↑](#footnote-ref-4)
5. À compléter si présence d’un espace soins distinct [↑](#footnote-ref-5)
6. À compléter si plusieurs espaces distincts [↑](#footnote-ref-6)
7. À compléter si espace distinct des autres espaces [↑](#footnote-ref-7)
8. M² réellement réservés à l’espace repos des enfants [↑](#footnote-ref-8)
9. Suivant la situation spécifique, le travailleur social évalue la pertinence d’ajouter 1 ou plusieurs autres éléments [↑](#footnote-ref-9)
10. A titre exceptionnel, l’ONE peut consulter cette annexe [↑](#footnote-ref-10)