**SAEC**

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

**Accueillant(e) d’enfants conventionné(e) :**

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

**Dépassement d’UTT**

**Nombre d’enfants inscrits**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Nom du Service** |  |
| **N°Matricule** |  |
| **Nom du Travailleur 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 milieu d’accueil : |
|  | Temps de travail :       jours |
|  | Capacité autorisée : |
|  | Autorisé(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 :     (jj/mm/aaaa) |
| **Date de la période de la précédente dérogation :** du       au     (jj/mm/aaaa)  **Cette précédente dérogation était la** (1ère ou autre) | |
|  | |
| **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**  Par exemple : modification du temps de travail d’un des parents  **Reprise professionnelle anticipée des parents**  **Prolongation imprévue 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[[4]](#footnote-4)** | |
|  | |
| **Avis du Travailleur social sur les conditions d’accueil[[5]](#footnote-5)** | |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Avis éventuel du Conseiller médical pédiatre** | |
| Date: (jj/mm/aaaa) | Signature: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Avis du Coordinateur accueil** | |
| Date: (jj/mm/aaaa) | 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. Par exemple : le motif de l’absence de l’accueillant(e), la/les solution(s) alternative(s) recherchées, la motivation de l’accueillant(e) remplaçante… [↑](#footnote-ref-4)
5. 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-5)