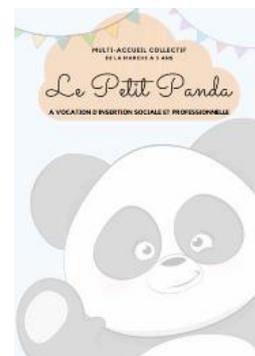


**CENTRE SOCIAL & CULTUREL**  
**« LA PROVENCE »**

**Multi-Accueil Collectif « Le Petit Panda »**



FICHE DE PRESCRIPTION FAMILLE

**PROCEDURE DE PRESCRIPTION**

1- REMPLIR LA TOTALITE de cette fiche de prescription et nous la retourner par mail :

[csclaprovence.petiteenfance@gmail.com](mailto:csclaprovence.petiteenfance@gmail.com)

2- LORSQU'UNE PLACE EST DISPONIBLE, la Responsable Petite Enfance contacte la famille.

3- La famille doit se rendre à l'accueil du Centre Social afin de retirer le dossier d'inscription ou le télécharger sur le site internet : <https://www.centresocial-laprovence.fr/nos-actions/petite-enfance>

4- La Famille doit remplir le dossier et venir au rendez-vous d'admission fixé préalablement avec la Responsable Petite Enfance.

5- Vous (travailleur social-prescripteur) êtes ensuite invité de poursuivre les démarches d'accompagnement avec la famille et de rester en lien tous les 3 mois minimum avec la Responsable Petite Enfance afin de travailler ensemble à un accompagnement global bénéfique pour et avec la famille.

**Les démarches d'inscription dans les crèches de la DSP et associatives d'Aix-en-Provence doivent être engagées en parallèle car le MAC est une solution d'accueil temporaire.**

**PROFESSIONNEL PRESCRIPTEUR**

<u>Date de préconisation</u>	<u>Nom/Prénom Professionnel Prescripteur et Fonction</u>	<u>Adresse de la Structure</u>	<u>Téléphone</u>	<u>Email</u>

## BENEFICIAIRE

### Parents

<u>Parent 1</u>	<u>Parent 2</u>
Parenté : .....	Parenté : .....
Civilité : .....	Civilité : .....
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Profession : .....	Profession : .....
Adresse : ..... ..... .....	Adresse : ..... ..... .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
Mail : .....	Mail : .....

### Divers

Catégorie Socio Professionnelle : .....

Quartier d'habitation : .....

Communauté du Pays d'Aix : Oui  Non

### Généralités

Numéro Allocataire CAF : .....	Nombre d'enfants total : Nombre d'enfants à charge :
Quotient Familial : .....	Situation familiale : <input type="checkbox"/> couple <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e)
Date d'effet du Quotient familial : .....	Numéro de Sécurité Sociale : Parent 1 : .....
	Parent 2 : .....

### Couvertures Assurances Responsabilité Civile

N° Assurance Responsabilité Civile : .....

Compagnie : .....

Adresse : .....

**Enfant concerné par la prescription :**

Nom	Prénom	Date de Naissance	Acquisition de la marche obligatoire.	Handicap ?

**Exposé synthétique de la situation :**

**Objectifs de l'accueil :**

<u>Motifs</u>	<u>Durée</u>	<u>Journée</u> (merci de cocher les jours d'accueil demandés)				
		<u>Lundi</u>	<u>Mardi</u>	<u>Mercredi</u>	<u>Jeudi</u>	<u>Vendredi</u>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Validation de la structure :**

*(= si la fiche est correctement renseignée + les créneaux proposés + durée proposée)*

Pour toutes demandes d'informations complémentaires ou des précisions,  
Veuillez-vous adresser à la Responsable Petite Enfance  
(FLEURY Bérénice 06.69.38.62.80 ou csclaprovence.petiteenfance@gmail.com)