



**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

#### Parent 1

Parenté : .....  
Civilité : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Profession : .....  
Adresse :  
.....  
.....  
.....  
Téléphone : .....  
Mail : .....

#### Parent 2

Parenté : .....  
Civilité : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Profession : .....  
Adresse :  
.....  
.....  
.....  
Téléphone : .....  
Mail : .....

### Divers

Catégorie Socio Professionnelle : .....

Quartier d'habitation : .....

Communauté du Pays d'Aix :    Oui     Non

### Généralités

Numéro Allocataire CAF : .....

Quotient Familial : .....

Date d'effet du Quotient familial :

.....

Nombre d'enfants total :

Nombre d'enfants à charge :

Situation familiale :

couple     célibataire     marié(e)

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)