



Association d'Accueil Familial de Jour du District de la Broye

### Contrat de prise en charge pour parents plaçants

#### Enfant (s)

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Degré scolarité : .....  
Caisse maladie/acc. : .....  
Allergies, troubles : .....  
Traitement :  oui  non  
Si oui, lequel : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Degré de scolarité : .....  
Caisse maladie/acc. : .....  
Allergies, troubles : .....  
Traitement :  oui  non  
Si oui, lequel : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Degré scolarité : .....  
Caisse maladie/acc. : .....  
Allergies, troubles : .....  
Traitement :  oui  non  
Si oui, lequel : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Degré de scolarité : .....  
Caisse maladie/acc. : .....  
Allergies, troubles : .....  
Traitement : .....  
Si oui, lequel : .....

Médecin traitant/pédiatre : ..... Tél. : .....

#### - Parents

Nom : .....  
Prénom : .....  
Lieu de travail : .....  
Langue : .....  
Tél. privé : .....  
Tél. prof. : .....  
Portable : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Lieu de travail : .....  
Langue : .....  
Tél. privé : .....  
Tél. prof. : .....  
Portable : .....

Situation familiale :  marié  concubin  divorcé(s)  séparé(s)

#### - Adresse de facturation

Nom et prénom : .....  
Rue : .....  
No postal et localité : .....

#### - Placements souhaités : début de l'accueil : .....

Jour entier  lundi  mar  mer  jeu  ven de .....h..... à .....h.....

Le matin  lundi  mar  mer  jeu  ven de .....h..... à .....h.....

L'après-midi  lundi  mar  mer  jeu  ven de .....h..... à .....h.....

Autres dispositions : .....  
.....

Pendant les vacances scolaires :  oui  non

Possédez-vous une voiture :  oui  non

Avez-vous (ou votre enfant a-t-il) peur des animaux :  oui  non

Qui est autorisé à venir chercher l'enfant chez l'assistante parentale : .....  
.....



- **Dispositions particulières**

En cas d'incapacité de travail de l'assistante parentale :

Si l'assistante parentale est incapable de travailler durant une période prolongée, l'association cherche - dans la mesure du possible - une famille de remplacement.

- Oui       Non

- **Manière de procéder en cas de maladie de l'enfant**

Possibilité pour l'enfant de rester à la maison ou dans la famille proche

- Oui       Non

- **Entrée en vigueur, résiliation et for**

Le présent contrat entre en vigueur **dès le 1<sup>er</sup> jour d'accueil de (s) enfant (s).**

Le premier mois de placement est considéré comme temps d'essai.

Durant le temps d'essai, le délai de résiliation est de 7 jours.

Après le temps d'essai, chacune des parties peut résilier ce contrat par écrit et à tout moment, **moyennant un préavis d'un mois pour la fin d'un mois.**

Au cas où le délai n'était pas respecté, **l'Association se réserve le droit de facturer 75% des heures, calculées sur une moyenne des six derniers mois, au tarif des parents.**

Pour tout litige découlant du présent contrat, les parties déclarent appliquer le droit suisse et font éléction de for devant le Tribunal de la Broye, à Estavayer-le-Lac.

- Remarques :

.....  
.....  
.....

Par leurs signatures, les parents confirment avoir pris connaissance et accepter les conditions d'accueil (version 06.2010) de l'Association, remises avec le présent contrat de prise en charge.

Etabli en un seul exemplaire original destiné à l'Association. Les parents en recevront une copie en temps voulu.

Lieu et date.....

Signature des parents/représentants légaux .....

.....

Pour l'Association, par ordre du comité .....