



Demande de dépannage

(besoin d'une solution d'accueil pour un maximum de 2-3 mois environ)

L'association intercommunale Le Couffin est ouverte à toutes les personnes qui **habitent ou travaillent** sur les communes d'Aire-la-Ville, Avully, Avusy, Bernex, Cartigny, Chancy, Laconnex, Perly-Certoux et Soral.

Ce questionnaire doit être entièrement rempli et retourné à l'association intercommunale Le Couffin, accompagné des annexes. Il est nécessaire pour vous mettre en contact avec des accueillantes familiales ou des baby-sitters, pour cette raison, vos coordonnées (Nom, prénom, tél, email et adresse) ainsi que vos souhaits d'accueil peuvent être transmis aux accueillantes familiales et aux baby-sitters qui collaborent avec notre structure.

Notre site internet contient de **d'accueil** ainsi que du "règlement Baby-sitting" qui contient de nombreuses informations importantes, telles que "Règlement d'accueil" et le "Règlement du service baby-sitting". Nous vous conseillons de prendre connaissance de ces documents.

En remplissant ce formulaire, vous devenez membre de l'association. Pour cette raison une facture de CHF 50.- concernant la cotisation annuelle vous sera envoyée en même temps que la confirmation d'inscription.

Chaque recherche nécessite un important travail, nous vous remercions de remplir ce document au plus près de vos besoins d'accueil (Horaire et/ou jours d'accueil) et de nous informer par écrit de tout changement.

Accueil : Maximum 10 heures par jour ou 50 heures par semaine.

Prénom de l'enfant	Nom de l'enfant
Date de naissance	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
Accueil dès le	Fin de l'accueil le :
Adresse de l'enfant	
Allergies	
Mode de garde actuel :	

le/les	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
De quelle heure						
A quelle heure						

Nous avons une flexibilité* : oui pour les horaires d'accueil* oui pour les jours d'accueil
 oui pour les jours et les horaires d'accueil.
 Non, nous n'avons aucune flexibilité*

*par flexibilité, il est entendu une différence **de plus de 1h** par rapport à l'horaire mentionné.

Nous souhaitons être mise en contact avec :

- des accueillantes familiales (accueil au domicile de l'AF) **et/ou** des baby-sitters (accueil à votre domicile)
 uniquement des baby-sitters° uniquement des AF°

° Ces 2 solutions diminuent les chances de trouver une solution

A remplir si 2^{ème} enfant ou éventuellement en cas d'horaire différent d'une semaine à l'autre :

Prénom de l'enfant Nom de l'enfant

Date de naissance Fille Garçon

Accueil dès le Fin de l'accueil le :

Adresse de l'enfant

Allergies

Mode de garde actuel :

le/les	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
De quelle heure						
A quelle heure						

Nous avons une flexibilité* : oui pour les horaires d'accueil* oui pour les jours d'accueil
 oui pour les jours et les horaires d'accueil.
 Non, nous n'avons aucune flexibilité*

*par flexibilité, il est entendu une différence **de plus de 1h** par rapport à l'horaire mentionné.

Nous souhaitons être mise en contact avec :

des accueillantes familiales (accueil au domicile de l'AF) **et/ou** des baby-sitters (accueil à votre domicile)
 uniquement des baby-sitters° uniquement des AF°

° Ces 2 solutions diminuent les chances de trouver une solution

Coordonnées parent 1 :

Nom Prénom

Adresse NPA et localité

Représentant légal oui non Joignable durant la journée au

Profession Souhaitez recevoir notre newsletter ? oui non

Commune du lieu de travail Taux d'activité

E-mail (si relevé régulièrement)

Accueils payés par l'Hospice Général oui non

Si oui, quel CAS + Nom de l'assistant/e social/e

Coordonnées parent 2 :

Nom Prénom

Adresse NPA et localité

Représentant légal oui non Joignable durant la journée au

Profession Souhaitez recevoir notre newsletter ? oui non

Commune du lieu de travail Taux d'activité

E-mail (si relevé régulièrement)

Accueils payés par l'Hospice Général oui non

Si oui, quel CAS + Nom de l'assistant/e social/e

Remarque, questions ou demandes particulières :

.....

.....

.....

.....

Pour valider votre demande, les documents suivants doivent être joints au présent document :

- Copie de la pièce d'identité de l'enfant
- Copie de la carte d'assuré LAMAL de l'enfant
- Attestation récente de l'assurance RC familiale (ou copie du contrat)
- Attestation d'employeur **uniquement si vous n'êtes pas domiciliés** sur une des 9 communes

Notre site internet est régulièrement mis à jour, il mentionne les actualités de l'association, nous vous conseillons de le consulter régulièrement. Vous pouvez également rejoindre notre page Facebook.

Le Couffin a un rôle d'intermédiaire. La décision et l'accord pour un accueil auprès d'une accueillante familiale ou d'un baby-sitter relèvent de la responsabilité du/des représentant/s légal/aux.

Par notre signature, nous prenons note que l'association intercommunale Le Couffin fera son possible pour trouver une solution de dépannage pour l'accueil de notre/nos enfant/s mais que celle-ci n'est pas garantie. Nous confirmons également avoir pris connaissance du « Règlement d'accueil » et du "Règlement du service Baby-sitting"

Lieu et date de la demande :

Signature/s :

Document à retourner par email ou courrier postal à :

Le Couffin

Association intercommunale pour l'accueil familial de jour
Route d'Avully 33 – 1237 Avully
Tél 022 756 09 91 - Email sylvie.eggist@lecouffin.ch

www.lecouffin.ch