DOSSIER DE DEMANDE D'AGRÉMENT D'ACCUEILLANT FAMILIAL

Pour l'accueil mixte de mineurs ou jeunes majeurs et d'adultes/adultes handicapés, en situation de vulnérabilité

Vous allez faire une demande de renouvellement d'agrément d'accueillant familial.

L'accueil familial consiste à héberger des personnes en situation de vulnérabilité dans un cadre familial stable et chaleureux et à offrir une prise en charge de qualité, permettant d'assurer la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral, le respect de l'intégrité corporelle, psychique et de l'intimité des personnes accueillies.

La demande d'un accueil mixte ne peut être envisagé qu'en cas de renouvellement et dans les conditions posées à l'article LP 18 de la loi du pays n° 2009-16 du 6 octobre 2009 modifiée relative aux accueillants familiaux.

јанинаих.				
☐ Renouvellement d	'agrément			Photo d'identité
	O			
R	ENSEIGNE	EMENT	S SUR LE DEMANDEUR	
	ÉTAT CIV	IL ET S	ITUATION FAMILIALE	
Nom (suivi s'il y a lieu du n	om d'épouse)	:		
Prénoms :		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		
Date de naissance :		Lie	eu de naissance :	
Numéro DN :				
Adresse géographique :				
Adresse postale :		•••••		
Adresse mail:				
Téléphone fixe :			. Téléphone mobile :	
Situation familiale:				
Célibataire □	Marié(e)		Union libre □	Pacsé (e) □
Divorcé(e) □	Veuf(ve)		Séparé(e) □	
Permis de conduire : Oui [□ Non □]		

⁽¹⁾ **Agence de Régulation de l'Action Sanitaire et Sociale (ARASS)** – 63, rue du commandant Destremau, Immeuble LO en face du temple protestant de Paofai, Papeete – BP 2551 – 98713 Papeete – TAHITI – Tél : 40 48 82 35 – Courriel : secretariat.arass@administration.gov.pf

⁽²⁾ **Direction des Solidarités, de la Famille et de l'Egalité (DSFE)** – Avenue Prince Hinoi, Immeuble TE HOTU – BP 1707 – 98713 Papeete – TAHITI – Tél : 40 46 58 46 – Courriel : secretariat@solidarite.gov.pf

FORMATION ET EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE
Niveau d'études (dernière classe fréquentée) :
Diplôme(s) obtenu(s):
Activités professionnelles des cinq dernières années. Le cas échéant, activité professionnelle actuelle et
nom de l'employeur :
Maîtrise de la lecture : Oui □ Non □ Maîtrise de l'écriture : Oui □ Non □
MOTIVATIONS
MOTIVATIONS Pourquoi souhaitez-vous devenir accueillant familial ?
Pourquoi souhaitez-vous devenir accueillant familial ?
Pourquoi souhaitez-vous devenir accueillant familial ?
Pourquoi souhaitez-vous devenir accueillant familial ? Selon vous, quel est le rôle d'un accueillant familial ?
Pourquoi souhaitez-vous devenir accueillant familial ? Selon vous, quel est le rôle d'un accueillant familial ?
Pourquoi souhaitez-vous devenir accueillant familial ? Selon vous, quel est le rôle d'un accueillant familial ?
Pourquoi souhaitez-vous devenir accueillant familial ? Selon vous, quel est le rôle d'un accueillant familial ?

ENGAGEMENT DE SUIVI DE FORMATION

Conformément aux dispositions de l'article LP 4-5°) de la loi du pays n° 2009-16 du 6 octobre 2009 modifiée relative aux accueillants familiaux, je m'engage à suivre la formation initiale et continue mise en place par la direction des solidarités, de la famille et de l'égalité.

ACCEPTATION DE SUIVI SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Conformément aux dispositions de l'article LP 4-6°) de la loi du pays n° 2009-16 du 6 octobre 2009 modifiée relative aux accueillants familiaux, je m'engage à accepter qu'un suivi social et médico-social de la ou des personne(s) accueillie(s) à mon domicile soit assuré.

Dans ce cadre, je communiquerai les éléments susceptibles de contribuer à ce suivi.

REMPLAÇANT(S)	ENVISAGÉ(S):
Remplaçant 1 : Nom : Prénom : Adresse :	
Téléphone :	
Remplaçant 2 (éventuellement) : Nom :	
Prénom:	
Adresse:	
Téléphone :	
Remplacement envisagé : À mon domicile □	Au domicile du remplaçant □
Remplaçant 3 (éventuellement) : Nom :	
Prénom:	
Adresse:	
Téléphone :	
Remplacement envisagé : À mon domicile □	Au domicile du remplaçant □

RENSE		E CONJOINT/LA CON	JOINTE
	ETAT CIVIL	ET SITUATION	
Nom:			
Prénoms :			
Date de naissance :	Lieu	de naissance :	
Situation actuelle (profes	sionnelle ou autre) :		
			•••••
. —			
AT	TESTATION DU CONJO	DINT OU DE LA CONJOIN	NTE
modifiée relative aux accu conditions prévues par la p	neillants familiaux, être favorésente demande d'agréme	P 4-9°) de la loi du pays n° 2 orable à l'accueil à mon doment d'accueillant familial.	nicile de personnes dans les
RENSEI	GNEMENTS SUR LE	S ENFANTS DU DEM	ANDEUR
NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	Situation actuelle Scolaire ou professionnelle
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			
4 - 5 -			
5 -			
5 - RENSEIGNEME		RES PERSONNES VIV	
5 -	ENTS SUR LES AUTI DATE DE NAISSANCE		ANT AU FOYER Situation actuelle Scolaire ou professionnelle
5 - RENSEIGNEME			Situation actuelle
5 - RENSEIGNEME NOM PRÉNOM			Situation actuelle

Vous êtes : □ Propriétaire □ Locataire Adresse : □ Type d'habitation : □ Maison individuelle : Clôturée □ Non clôturée □ Appartement Surface habitable :
Adresse: Type d'habitation: □ Maison individuelle: Clôturée □ Non clôturée □ □ Appartement Surface habitable:
Type d'habitation : ☐ Maison individuelle : Clôturée ☐ Non clôturée ☐ ☐ Appartement Surface habitable :
Appartement Surface habitable :
Appartement Surface habitable :
Appartement Surface habitable :
Surface habitable :
Nombre de pièces :
Locaux mis à disposition de la ou des personne(s) accueillie(s) : Nombre de chambres :
Nombre de chambres : Étage :
Nombre de salles de bain :
Nombre de WC:
Envisagez-vous des travaux ? Oui □ Non □
Si oui, lesquels ?
ACCUEIL COLULATIVE
ACCUEIL SOUHAITÉ
Nombre maximum de personnes souhaité : □ 1 □ 2 □ 3 □ + de 3 (situation exceptionnelle)
Adultes handicapés physique □ / retard intellectuel □
Mineurs □ Jeunes majeurs (18 à 21 ans) □ Mineurs handicapés □
De sexe masculin □ De sexe féminin □
Autonome □ Semi autonome □ Dépendant □
Type d'accueil souhaité :
Accueil de façon continue □ Accueil de façon intermittente □ Accueil d'urgence □ Accueil à temps complet □ □ Accueil à temps partiel □
Twomaha diaga
Tranche d'âge :
Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et accepte les engagements prévus au présent formulaire. En accord avec l'article 31 de la loi du pays n° 2009-16 du 6 octobre 2009 modifiée relative aux accueillants familiaux, je m'engage également à suivre les formations dont les modalités de mise en œuvre par la Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité, la durée, le contenu et les conditions de validation sont définis par l'arrêté n° 687 CM du 26 mai 2017 portant application de la loi du pays n° 2009-16 du 6 octobre 2009 relative aux accueillants familiaux.
Fait à

LISTE DES PIECES OBLIGATOIRES À FOURNIR

- Le formulaire de demande signé et complété par le titulaire de l'agrément ;
- □ Les certificats médicaux du demandeur, des remplaçants et de toutes les personnes adultes vivant dans leurs domiciles respectifs, datant de moins de trois mois, attestant que leur état de santé n'est pas incompatible avec l'exercice, et que les vaccinations obligatoires ont été effectuées ;
- □ Un extrait de casier judiciaire n° 3 du demandeur, des adultes vivant au domicile et des remplaçants datant de moins de trois mois.
- ☐ Les attestations de suivi de formations.
- □ L'attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité.