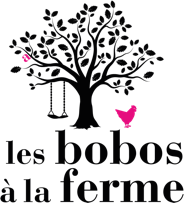
**Une image contenant flèche

Description générée automatiquement  Une image contenant flèche

Description générée automatiquement**

**ASSOCIATION NOEMI**

**123 rue du Flocon 59200 TOURCOING**

☎ **06 80 10 93 84 -** 🖅[associationnoemi@gmail.com](mailto:associationnoemi@gmail.com)

PRÉ-INSCRIPTION PROJET LE RÉPIT « LES BOBOS À LA FERME »

Document à remplir **intégralement** (recto-verso)

À retourner impérativement, à l’adresse ci-dessus (postale ou mail) **avant le 10 janvier 2023**

**Contexte**

Selon le ministère des solidarités, de l’autonomie et des personnes handicapées, entre 8 et 11 millions de personnes en France aident régulièrement un ou plusieurs de leurs proches en situation de handicap, en perte d’autonomie en raison de l’âge ou atteints d’une maladie.

Dans le cadre de son projet associatif, l’association Noémi s’engage à soutenir les personnes en situation de handicap et leurs aidants en organisant des séjours de répit, en partenariat avec les bobos à la ferme.

**Le projet « répit »**

Dans une volonté de proposer des solutions de répit aux familles dans lesquelles vit un enfant en situation de handicap, Noémi s’est associée à « Les Bobos à la ferme » pour offrir à 4 familles, des séjours de répit « sur mesure ».

**Le rétroplanning**

Après la commission Noémi et l’information aux partenaires, un entretien se fera à partir de février avec les Bobos à la ferme pour construire le séjour de répit

**PARTENAIRE CONCERNE :**

Les Bobos : 🖵 AFEJI MAS du Nouveau Monde : 🖵 Crèche Noémi : 🖵

GAPAS MAS HORS LES MURS La Gerlotte : 🖵 Rigolo Comme La Vie  : 🖵

**FAMILLE :**

Mr 🖵 Mme 🖵

Nom et Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Portable :

Verso à compléter

**SITUATION FAMILIALE :**

Monoparentale : Oui 🖵 Non 🖵

Avec fratrie : Oui 🖵 Non 🖵 Nombre d’enfants au foyer :

Situation professionnelle des parents :

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature du Chef de Famille

**SITUATION DE L’ENFANT :**

Prénom de l’enfant concerné :

Age de l’enfant concerné :

Handicap concerné : mental : 🖵 moteur : 🖵 sensoriel : 🖵 polyhandicap : 🖵

troubles du neurodéveloppement : 🖵 Autres :

**QU’ATTENDEZ VOUS DE CE SEJOUR DE REPIT :**

Pour votre enfant :

Pour votre couple :

Pour la fratrie :

Pour la famille :

Autre :

**ACCOMPAGNEMENT DE L’ENFANT :**

Présence de professionnels au domicile : Oui 🖵 Non 🖵

Précisez :

Accompagnement par un établissement médico-social : Oui 🖵 Non 🖵

Précisez :

Autre accompagnement : Oui 🖵 Non 🖵

Précisez :