Réf. : S-209-FR

Demande d’accompagnement à un camp, une activité sportive ou culturelle pour un-e élève au bénéfice d’une MAR intégrative en école obligatoire - 1H-11H

# Identité de l’élève

## Nom de famille [ ]  féminin [ ]  masculin

|  |
| --- |
|       |

## Prénom

|  |
| --- |
|       |

## Date de naissance (jour, mois, année)

|  |
| --- |
|       |

## Domicile légal avec adresse exacte : Rue, numéro NPA, localité

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

## Etablissement scolaire : Rue, numéro NPA, localité

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

## Année de programme/Degré Classe

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

# Organisation du camp

## Direction d’établissement (nom, prénom, n° tél, e-mail)

|  |
| --- |
|       |

## Enseignant-e titulaire (nom, prénom, n° tél, e-mail)

|  |
| --- |
|       |

## Enseignant-e spécialisé-e (nom, prénom, n° tél, e-mail)

|  |
| --- |
|       |

## Responsable du camp (nom, prénom, n° tél, e-mail)

|  |
| --- |
|       |

## Dates de l’activité/du camp Lieu

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

## Activité principale du camp (joindre le programme)

|  |
| --- |
|       |

# Information sur le type d’accompagnement souhaité

## Type(s) d’accompagnement (auxiliaire de vie, dualski, autre)

Si auxiliaire de vie et dès que connu-e, merci de transmettre un CV afin de déterminer sa rémunération ou d’indiquer sous le point 4 sa classification (classe et palier) si déjà engagé-e dans l’établissement scolaire.

|  |
| --- |
|       |

## Durée de l’accompagnent (heures, demi-jours, jours)

|  |  |
| --- | --- |
| **Date** | **Détails de la prise en charge** |
|             |
|             |
|             |
|             |
|             |

# Budget et annexes

##  Budget et détail des prestations (en CHF)

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |

## Annexes et remarques complémentaires

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |

# Signatures

##  Date et signature de la direction d’établissement

|  |
| --- |
|       |

##  Date et signatures des représentants légaux

|  |
| --- |
|             |

##  Si les parents partagent l’autorité parentale, mais n’habitent pas ensemble, la signature des deux est nécessaire.

**Remarque : La recherche et l’engagement d’accompagnant/s est de la responsabilité de l’organisateur du camp.**

--------------------------------à remplir par l’inspectorat de l’enseignement spécialisé SESAM-----------------------------

# Validation/autorisation

##  Validation du besoin d’accompagnement : [ ]  Positif [ ]  Négatif

##  Date et signature de l’inspectorat de l’enseignement spécialisé SESAM

|  |
| --- |
|       |

## Participation

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Montant par jour** | **Nbr de périodes (demi-jours, jours)** | **Type de prise en charge** | **Total** |
| CHF       |       | Prise en charge individualisée durant l’activité spécifique | CHF       |
| CHF       |       | Prise en charge individualisée par auxiliaire de vie hors activité spécifique | CHF       |
| CHF       |       |       | CHF       |
|  |  | **Total** | **CHF** |

---------------------------------------à traiter par la direction d’école après la validation/autorisation ---------------------------

# Remboursement

La direction est responsable que l’accompagnant-e soit rémunéré-e par la commune directement à la suite du camp ou de l’activé sportive ou culturelle selon les tarifs validés par l’inspectorat de l’enseignement spécialisé sous point 6.

Une facture doit ensuite être adressée au SESAM pour remboursement à la commune. Le présent formulaire doit être joint à la facture.

SESAM

Rue de l’Hôpital 3

1701 Fribourg
026 305 40 60

sesam@fr.ch