Réf. : S-207-FR

Demande pour un-e élève au bénéficie d’une mesure d’aide renforcée (MAR) de pédagogie spécialisée pour une prise en charge à caractère résidentiel   
(internat scolaire ou offre d’accueil temporaire)

**Demande pour l’internat scolaire**

**Demande pour l’offre d’accueil temporaire OASIS**

*Ce document est à remettre à la cellule d’évaluation de la prise en charge à caractère résidentiel au 30 avril au plus tard, SESAM, Rue de l’Hôpital 3, 1701 Fribourg ou sesam@fr.ch*

**Etablissement scolaire**

|  |  |
| --- | --- |
| Institution de pédagogie spécialisée/  Etablissement scolaire |  |

**Elève**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom-s |  | | Prénom-s |  | |
| Date de naissance |  | | Sexe : G/F |  | |
| N° SESAM |  | | Année de scolarité | |  |
| Type de classe/ secteur | |  | | | |

**Coordonnées des représentants légaux**

**Parent 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom-s |  | Prénom-s |  |
| Adresse complète |  | | |
| E-Mail |  | Téléphone |  |
| Autorité parentale  Oui  Non | | | |

**Parent 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom-s |  | Prénom-s |  |
| Adresse complète |  | | |
| E-Mail |  | Téléphone |  |
| Autorité parentale  Oui  Non | | | |

**Séance du réseau aboutissant à cette demande**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date |  | |
| Noms, prénoms des participant-e-s | | Fonction, rôle des participant-e-s |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |

|  |
| --- |
| **Quelles mesures ont déjà été entreprises en termes de soutien à l’enfant, à la famille ?** |

|  |
| --- |
| **Quelles mesures ont déjà été entreprises en vue de son entrée à l’internat ?** |

|  |
| --- |
| **Résumé de la séance du réseau** |

|  |
| --- |
| **Point de vue des représentants légaux**  Description de la situation actuelle, notamment dans le contexte familial/à la maison :    Quelles sont les attentes des parents concernant cette demande de mesure ? |
| **Point de vue de l’élève (en fonction de son âge et de sa compréhension)** |

|  |
| --- |
| **Point de vue de la direction de l’institution/d’établissement**    Quels sont les objectifs socio-éducatifs de cette mesure ? |
| **Point de vue d’autre participant :** |

**Nuitées à l’internat scolaire souhaité(es) par semaine**

2  3

4  5

**Fréquence à l’offre d’accueil temporaire OASIS souhaitée**

      week-end par année (durant l’année scolaire)

      jours durant les vacances scolaires (entre le 01.09 et le 31.08)

Remarques :

**Autres remarques**

|  |
| --- |
|  |

**Informations pour les représentants légaux**

*Pour la prise en charge à l’internat scolaire :*

Selon l’Arrêté du Conseil d’Etat du 19 décembre 2000 fixant la contribution aux frais des personnes prises en charge dans les institutions spécialisées, les représentants légaux contribuent aux frais de placements de mineurs dans les institutions spécialisées. Cette contribution s'élève à Fr. 17.50 par nuit. Par ailleurs, des dispositions particulières sont applicables pour les majeurs et/ou bénéficiaires d’une prestation complémentaire.

*Pour la prise en charge à l’offre d’accueil temporaire OASIS :*

Selon l’Arrêté du Conseil d’Etat du 19 décembre 2000 fixant la contribution aux frais des personnes prises en charge dans les institutions spécialisées, les représentants légaux contribuent aux frais de placements de mineurs dans les institutions spécialisées. Cette contribution s'élève à Fr. 18.00 par jour et Fr. 17.50 par nuit. Dès la 5e nuit consécutive, la contribution est de Fr. 12.00 par jour et de Fr. 15.00 par nuit. Par ailleurs, des dispositions particulières sont applicables pour les majeurs et/ou bénéficiaires d’une prestation complémentaire.

Les représentants légaux ont également été informés des points suivants :

Processus de demande, informations et conseils, alternatives à l’internat, soutiens financiers (OAI, Pro Infirmis ou autre).

**Signature des représentants légaux**

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

Date :

Signatures des représentants légaux :

Date :

Signature de la direction de l’institution de pédagogie spécialisée / établissement :

**Ce formulaire doit être transmis à la cellule d’évaluation de la prise en charge à caractère résidentiel dûment complété et signé et accompagné d’un Projet Pédagogique Individualisé actualisé ou d’un rapport actuel de prise en charge ainsi que d’éventuels autres rapports utiles à l’analyse.**