



**C. Des autres membres à la charge du demandeur ou du couple :**

NOM	Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Activité ou scolarité

**II. RESSOURCES DE LA FAMILLE**

Salaire du conjoint	
Salaire des enfants	
Retraite, rente, Pension	
Autres revenus	
Allocation Logement	
RSA	
AAH	
Stages rémunérés	
Indemnités de chômage	
Prestations familiales	
Pension alimentaire	
Autres	

**TOTAL** \_\_\_\_\_

### III. CHARGES DE LA FAMILLE

Loyer + Charges	
Mensualité d'accession à la propriété	
Pension alimentaire	
EDF-GDF	
Chauffage	
Eau	
Assurances	
Téléphone	
Voiture	
Plan d'apurement	
Impôts	
Cantine – Mutuelle – Autres	
Crédits	
Dettes	

**TOTAL** \_\_\_\_\_

### IV. SOUHAITS DE LA FAMILLE QUANT A L'ACCUEIL FAMILIAL

#### 1/ Par rapport à la personne accueillie

- Homme
- Femme
- Indifférent

- Personne âgée
- Personne handicapée

- Personne autonome
- Personne dépendante

**2/ Par rapport au nombre de personnes accueillies**

- 1 personne
- 2 personnes
- 3 personnes

**3/ Par rapport au type d'accueil**

- Accueil à titre permanent
- Accueil à titre temporaire
  
- En continu
- À temps partiel       Weekend
- Accueil de nuit
- Accueil de jour

**V. MOTIVATIONS DE LA FAMILLE**

1/ Pouvez-vous expliquer, votre démarche de demande d'accueil de personnes âgées ou handicapées ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2/ Quelle expérience d'aide aux personnes âgées ou handicapées avez-vous? (Famille, enfants, parents ....)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3/ Comment imaginez-vous le déroulement d'une journée d'accueil avec une personne âgée ou une personne handicapée à votre domicile ?

.....

.....

.....

.....

.....

## **VI. LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'APPUI DE LA DEMANDE D'AGREMENT**

- . Photocopie du Livret de Famille,
- . Photocopie pièce d'identité,
- . Quittance de Loyer,
- . Photocopie de Fiche de Paie récente du conjoint (conjointe),
- . Photocopie des ressources et charges du foyer
- . Attestation d'assurance dûment remplie
- . Photocopie du certificat médical dûment rempli,
- . Photocopie du certificat de vaccination des animaux,
- . Engagement du candidat à l'agrément d'accueil familial à caractère social daté et signé
- . Extrait de casier judiciaire n° 3 à demander à :

*Monsieur le Magistrat chargé du casier national  
107 rue du Landreau  
44317 NANTES CEDEX 3  
(Joindre une fiche individuelle d'état civil et une enveloppe timbrée pour le retour).*

*Ou sur Internet à l'adresse suivante : <https://www.cjn.justice.gouv.fr>*

ENGAGEMENT DU CANDIDAT A L'AGREMENT D'ACCUEIL FAMILIAL  
A CARACTERE SOCIAL

Je m'engage à :

- - garantir la continuité de l'accueil, la protection de la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral de la (des) personnes (s) accueilli (sa) e (es),
  - trouver une solution de remplacement satisfaisante pour les périodes où l'accueil pourrait être interrompu (pendant mes congés annuels, lors d'une éventuelle hospitalisation, etc...)
  - souscrire une assurance responsabilité civile spécifique prévenue par les articles L 441-1 à L. 443-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles, avant de commencer à travailler dans le cadre de l'accueil familial,
  - établir un contrat d'accueil familial préalablement à tout accueil,
  - accepter un contrôle à domicile des conditions d'accueil soit effectué régulièrement et de façon inopinée par les Services du Conseil Général des Yvelines,

*Je m'engage à fournir à cette occasion tous les renseignements et documents qui me seront demandés et à laisser visiter mon habitation ainsi que la pièce mise à disposition de la personne accueillie, et permettre à la personne qui effectue le contrôle de rencontrer la ou les personnes accueillies.*

- permettre qu'un suivi médical et médico-social régulier de chaque personne accueillie puisse être assuré par les services du Conseil Général (ou par un service mandaté à cet effet) par les visites à mon domicile.
- suivre des sessions de formation initiale et continue obligatoire.

*Je suis informé (e) que si l'un de ces engagements n'était pas respecté pendant la durée de l'accueil, cela pourrait remettre en cause l'accueil et mon agrément pourrait être retiré.*

Fait à ..... Le .....

Signature du candidat ou de la candidate et de son conjoint (de sa conjointe)  
Porter la mention « Lu et Approuvé »

<p style="text-align: center;"><b>DOSSIER MEDICAL POUR UNE DEMANDE D'AGREMENT POUR L'ACCUEIL FAMILIAL A CARACTERE SOCIAL</b></p>
--

- Certificat médical du (de la) candidat(e) à l'agrément d'accueillant familial (formulaire joint à faire compléter par le médecin traitant)
- 1 certificat médical par personne mineure ou majeure résidant au domicile du candidat à l'agrément (formulaire joint à faire compléter par le médecin traitant)
- Présentation de la mise à jour des vaccinations des animaux vivant au domicile

Ces documents sont à remettre, sous pli cacheté, à l'aide de l'enveloppe jointe, à l'attention du médecin de la Direction de l'Autonomie, Service Vie Sociale à Domicile des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées, avant délibération de la commission d'agrément

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PROFESSION  
D'ACCUEILLANT FAMILIAL**

*Ce certificat remis à l'intéressé est destiné au dossier  
d'instruction ou de renouvellement d'agrément*

*Article L441-1 du Code de l'Action sociale et des familles : « l'agrément ne peut être accordé que si les conditions d'accueil garantissent la continuité de celui-ci, la protection de la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies, si les accueillants se sont engagés à suivre une formation initiale et continue organisée par le Président du Conseil Général et si un suivi social et médico-social de celles-ci peut être assuré. »*

L'évaluation de la santé du (de la) candidat(e) prendra en compte les habitudes de vie (tabac, alcool, médicaments psychotropes,...) et les antécédents ou affections (endocriniennes, ostéo articulaires, neurologiques, psychiatrique, infectieuse, ...) qui pourraient retentir sur la qualité et la sécurité des adultes handicapés ou âgés accueillis.

Je soussigné, Docteur ....., après avoir examiné

Madame/Monsieur.....

Domicilié(e).....

Certifie que :

- Il/Elle n'est atteint(e) d'aucune affection physique ou mentale incompatible avec les fonctions d'accueillant familial
- Il/Elle ne présente aucun signe évocateur de tuberculose
- Vaccinations à jour :

DT Polio :                      oui  - non

Hépatite B :                    oui  - non

Grippe saisonnière :        oui  - non

Autres : .....

Souhaite être contacté par le médecin de la Direction de l'Autonomie                      oui  - non

Fait le....., à.....

Signature et cachet du médecin traitant

*Certificat remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.*



**CERTIFICAT MEDICAL**  
**CONCERNANT TOUTE PERSONNE MINEURE OU MAJEURE RESIDANT AU**  
**FOYER DU CANDIDAT A L'AGREMENT D'ACCUEILLANT FAMILIAL**

*Ce certificat remis à l'intéressé est destiné au dossier  
d'instruction ou de renouvellement d'agrément*

*Article L441-1 du Code de l'Action sociale et des familles : « l'agrément ne peut être accordé que si les conditions d'accueil garantissent la continuité de celui-ci, la protection de la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies, si les accueillants se sont engagés à suivre une formation initiale et continue organisée par le Président du Conseil Général et si un suivi social et médico-social de celles-ci peut être assuré. »*

L'évaluation de la santé de la personne résidant au foyer du candidat prendra en compte les habitudes de vie (tabac, alcool, médicaments psychotropes,...) et les antécédents ou affections (endocriniennes, ostéo-articulaires, neurologiques, psychiatrique, infectieuse, ...) qui pourraient retentir sur la qualité et la sécurité des adultes handicapés ou âgés accueillis.

Je soussigné, Docteur ....., après avoir examiné

Madame, Mademoiselle ou Monsieur .....

Né(e) le .....

Domicilié(e).....

Certifie que :

- Il/Elle n'est atteint(e) d'aucune affection physique ou mentale incompatible avec l'accueil de personnes âgées ou handicapées au domicile
- Il/Elle ne présente aucun signe évocateur de tuberculose
- Vaccinations à jour :
  - DT Polio :                      oui  - non
  - Hépatite B :                    oui  - non
  - Grippe saisonnière :        oui  - non
  - Autres : .....

Souhaite être contacté par le médecin de la Direction de l'Autonomie                      oui  - non

Fait le....., à.....

Signature et cachet du médecin traitant

*Certificat remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.*