



## Inscription pour un placement en Time-out

(Prière de remplir complètement et en lettres d'imprimerie, merci!)

### Instance décisionnelle

Nom:

Adresse:

Personne de contact:

Téléphone:

E-Mail:

### Enfant/ Adolescent/e

Nom:

Prénom:

m  f

Domicile:

Téléphone:

Mobile:

Langue maternelle:

Autres langues:

Pays d'origine:

Date de naissance:

### Parents de l'enfant / de l'adolescent/e

#### Mère:

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Domicile:

Téléphone:

Mobile:

E-Mail:

#### Père:

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Domicile:

Téléphone:

Mobile:

E-Mail:

**Vous aimez la montagne? Prêtez-lui vos bras.**

**Représentant légal****Parents** **Tuteur** 

Nom:

Prénom:

Domicile:

Téléphone:

Mobile:

**Indications relatives au placement de l'enfant / de l'adolescent/e****Etat-civil des parents**  célibataire  marié  veuf-ve  séparé  divorcé**Fratrie:****Situation familiale:****Formation scolaire / professionnelle:****Structure journalière actuelle:****Occupation des loisirs (hobbies, activités):****Etat de santé (maladies, handicaps, médicaments):****Points forts:****Consommation de produits (tabac, alcool, autres drogues):****Autres / particularités:****Problématiques de l'enfant / de l'adolescent/e****Comportements agressifs:****Comportements délinquants:****Comportements sexuels:****Risques de suicide:****Autres particularités:**

**Indications pour le placement****Degré d'urgence:****Durée prévue :****du:****au:****Raisons du placement:****Objectifs / buts du placement:****Règles particulières (visites, week-ends, vacances...) (à régler avec Caritas-Montagnards):****Instance de facturation**

Nom:

Adresse:

**Vaut comme garantie financière** oui non**Lieu et date:****Signature:****Veillez renvoyer à :**

Caritas-Montagnards

Löwenstrasse 3

CH – 6002 Lucerne

Tel: +41 41 419 22 77

Fax: +41 41 419 24 24

E-Mail: montagnards@caritas.ch

Internet: www.bergeinsatz.ch

**Pour besoins internes** (famille d'accueil)

.....

.....

.....

.....