

DEMANDE D'ATTRIBUTION MAJORATION DE SUJETION EXCEPTIONNELLE

NOM - Prénom de l'enfant :			
Date de naissance :		Age :	Sexe :
Assistant Familial :		UTAS :	
Adresse :			
IEF :			
Référent Educatif :			

Première demande : ☐

Renouvellement : ☐

Date :

Date :

A REMPLIR PAR L'ASSISTANT FAMILIAL

Capacité d'accueil (agrément) :

Autres enfants accueillis (de façon pérenne) :

Nom	Prénom	Date de naiss.	Age	Date d'arrivée	Taux de suj. exc.

Relai régulier éventuel :

1. Temps de présence chez l'assistant familial



A. Scolarisation

L'enfant est-il scolarisé ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez :

Nombre d'heures / jour :

Nombre de jours / semaine :

Classe :

Lieu de scolarité :

L'enfant mange-t-il à la cantine ?

☐ OUI

☐ NON

A quel rythme ?

L'enfant est-il en internat ?

☐ OUI

☐ NON

Combien de nuits par semaine ?



B. Socialisation

L'enfant fréquente-t-il un accueil collectif de mineurs pendant l'année ?
(crèche, centre de loisirs, club, colonie...)

☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :



L'enfant va-t-il en relai chez un autre assisant familial ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez (fréquence, objectifs, nom du pro. relai, ...) :

L'enfant a-t-il des droits de visite et/ou d'hébergement ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez (fréquence, impact sur le comportement ...) :

2. Evaluation de l'autonomie

A. Alimentation

L'enfant mange-t-il seul ? (sait faire seul)

☐ OUI ☐ NON

L'enfant a-t-il besoin d'aide pour manger ? (faire avec)

☐ OUI ☐ NON

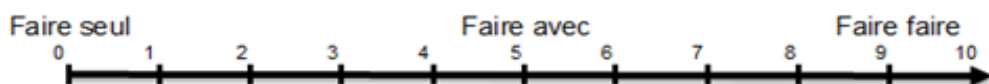
Faut-il lui donner son repas ? (faire faire)

☐ OUI ☐ NON

Le repas est-il une difficulté pour l'enfant ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, comment évaluez-vous cette difficulté sur une échelle de 1 à 10 ?



Si besoin, précisez :



Y a-t-il des troubles nécessitant une surveillance :

- pendant la prise alimentaire (fausse route ...) ?

☐ OUI ☐ NON

- en dehors des repas (vols, boulimie ...) ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :

L'enfant a-t-il un régime, un menu ou des goûts particuliers ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez :

L'alimentation génère-t-elle un coût supplémentaire non pris en charge par ailleurs (sans gluten, sans lactose ...) ?

Si oui, précisez :

☐ OUI

☐ NON



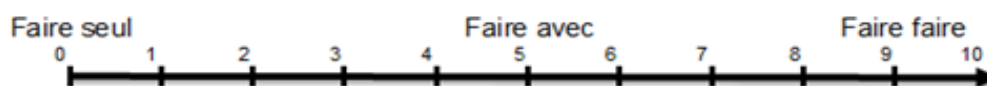
B. Toilette et hygiène

La toilette pose-t-elle des difficultés ?

☐ OUI

☐ NON

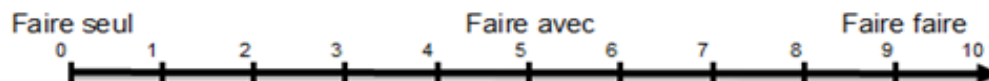
Si oui, précisez :



L'enfant est-il autonome pour se déshabiller ?

☐ OUI

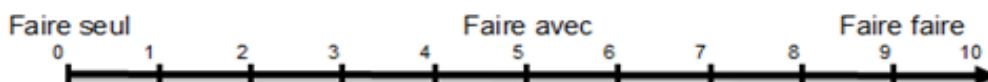
☐ NON



L'enfant est-il autonome pour s'habiller ?

☐ OUI

☐ NON



Si besoin, précisez :



L'enfant a-t-il des difficultés pour acquérir la propreté ?

	Enurésie (pipi)		Encoprésie (caca)	
Le jour	☐ OUI	☐ NON	☐ OUI	☐ NON
La nuit	☐ OUI	☐ NON	☐ OUI	☐ NON
Accident occasionnel	☐ OUI	☐ NON	☐ OUI	☐ NON

Si oui, précisez : (Fréquence ? Dans les vêtements? Endroits inhabituels? Sols, murs?
Joue avec son urine ? Mange ses selles? ...)



La toilette et l'hygiène génèrent-ils des coûts supplémentaires ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez :

Pour les jeunes filles, y a-t-il des difficultés sur les périodes menstruelles ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez :

C. Sommeil

L'enfant a-t-il des difficultés à s'endormir ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez (rituels ...) :

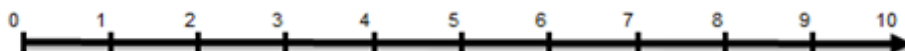


L'enfant a-t-il des réveils nocturnes ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez (pleurs, gémissements, cauchemars, terreurs ...) :



Le sommeil génère-t-il un coût supplémentaire ?

☐ OUI

☐ NON

(dispositif, compléments non pris en charge ailleurs ...)

Si oui, précisez :



3. Communication



L'enfant comprend-t-il les consignes ?

☐ OUI

☐ NON

L'enfant s'exprime-t-il correctement pour son âge ?

☐ OUI

☐ NON

Apportez toutes précisions utiles :



La communication génère-t-elle un coût supplémentaire ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez :

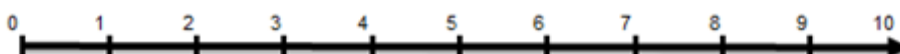
4. Troubles du comportement

L'enfant présente-t-il des difficultés de comportement ?

☐ OUI

☐ NON

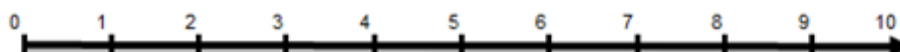
(agité, trop calme, opposant ...)



L'enfant refuse-t-il l'autorité ?

☐ OUI

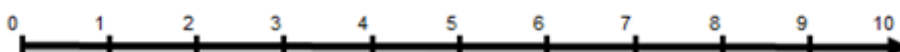
☐ NON



L'enfant se met-il en danger ? (=auto-agressivité)

☐ OUI

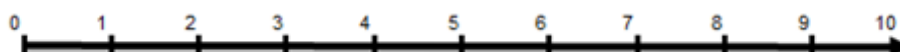
☐ NON



L'enfant met-il les autres en danger ? (=hétéro-agressivité)

☐ OUI

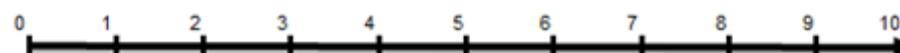
☐ NON



L'enfant nécessite-t-il une surveillance plus renforcée qu'un autre enfant du même âge ?

☐ OUI

☐ NON



L'enfant a-t-il des comportements sexualisés ?

☐ OUI

☐ NON



Apportez toutes précisions utiles :



Le comportement de l'enfant génère-t-il un coût supplémentaire ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez :



5. Sclolarité

L'enfant rencontre-t-il des difficultés scolaires ?

☐ OUI

☐ NON

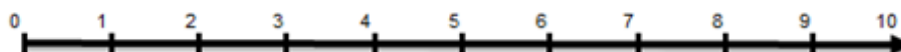


Si oui, précisez (compréhension, comportement...) :

L'enfant nécessite-t-il un soutien particulier pour les devoirs ?

☐ OUI

☐ NON



Si oui, précisez :

La scolarité de l'enfant génère-t-elle des frais supplémentaires non pris en charge par ailleurs ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez :



L'enfant bénéficie-t-il d'une adaptation scolaire MDPH ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :

6. Relations parents-enfants

L'enfant rencontre-t-il son/ses parent(s) ?

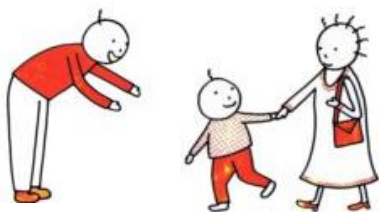
☐ OUI ☐ NON

Cela a-t-il une incidence sur son comportement ?

☐ OUI ☐ NON



Si oui, précisez :



Les relations parents-enfants génèrent-elles des frais supplémentaires non pris en charge par ailleurs ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :



7. Santé

A. Soins au long cours

L'enfant a-t-il des soins médicaux ou paramédicaux spécifiques à votre domicile (sonde ...) ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, quel matériel spécifique ? ☐ AUCUN

Précisez :

Qui réalise ces soins ?

☐ Vous

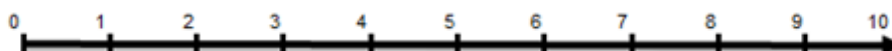
Combien de temps y consacrez-vous par semaine ?

☐ Un soignant :

Votre présence auprès de l'enfant est-elle fréquemment nécessaire ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :



L'enfant a-t-il des soins médicaux, paramédicaux, psychologiques spécifiques à l'extérieur de votre domicile ?

☐ OUI

☐ NON

Combien de temps par semaine consacrez-vous à son accompagnement ?

Précisez :



L'enfant est-il en attente de prise en charge médicale ou paramédicale spécifique ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez :

B. Soins momentanés, liés à une situation spécifique (accident, maladie ponctuelle ...)

L'enfant fait-il l'objet de soins liés à un accident ou une maladie

☐ OUI

☐ NON

temporaire à votre domicile ou à l'extérieur ?

Si oui, précisez :



L'enfant a-t-il été hospitalisé ?

☐ NON

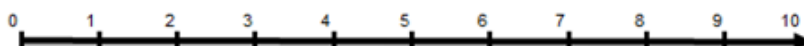
☐ OUI

Dates et lieux :



Si oui, votre présence à ses côtés a-t-elle été fréquente ?

Précisez :



Au retour à domicile, son état de santé vous a-t-il demandé une surveillance renforcée ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez :



C. Traitements

L'enfant prend-t-il des médicaments ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez (fréquence, aide à la prise médicamenteuse ...) :

Y-a-t-il des contraintes particulières liées à la délivrance des médicaments ?

☐ OUI

☐ NON

(ex: médicaments uniquement délivrés en pharmacie hospitalière ...)

Si oui, précisez :



Date :

Signature de l'assistant familial :

1. Parcours de l'enfant

A. Historique du placement

Période (du...au...)	Lieux d'accueil	Adresse	Observations

2. Scolarité actuelle

Avez-vous des précisions à apporter sur la scolarité de l'enfant ?



3. Temps de présence chez l'assistant familial

A. Relation de l'enfant avec sa famille naturelle : parents

L'enfant bénéficie-t-il de droit de visite et d'hébergement ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez (nature, durée, fréquence ...) :

Quels en sont les effets sur l'enfant ?



B. Relation de l'enfant avec son environnement élargie : fratrie, autres personnes ressources (parrainage, mentorat ...)

L'enfant bénéficie-t-il de relation avec d'autres membres ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez (quel membre, nature, durée, fréquence ...) :

Quels en sont les effets sur l'enfant ?

C. Existence de relais dans la prise en charge en famille d'accueil

Avez-vous des précisions à apporter ?



Quels sont les effets de ces relais sur l'enfant ?

4. Santé, développement et autonomie de l'enfant

A. Capacité de communication et de socialisation de l'enfant

- Compréhension des consignes



- Capacité d'expression

- Soutien particulier à l'éveil et aux acquisitions de l'enfant

- Activités extra-scolaires

- Relation avec ses pairs et l'adulte



B. Le comportement de l'enfant

Nature et manifestations des troubles (ponctuelles, fréquentes, constantes ...) :



Quelles en sont les conséquences :

- Pour lui-même ?



- Pour les autres membres de la famille d'accueil ?



Autres, précisez :

C. Santé

Avez-vous des précisions à apporter ?

(suivi médical effectif ou en attente, régime alimentaire particulier, notification MDPH ...)



D. Effet de la présence de l'enfant

- Assistance aux actes de la vie quotidienne de l'enfant

- Fatigue physique et psychologique de l'assistant familial



- Restrictions en termes de vie sociale

- Conséquences sur l'activité professionnelle de l'assistant familial

- Conséquences sur l'activité professionnelle de l'assistant familial



- Nécessité de déplacement non pris en charge par : la CPAM ☐ OUI ☐ NON
Si oui, précisez : la MDPH ☐ OUI ☐ NON

Y a-t-il des frais supplémentaires non pris en charge par ailleurs engendrés par l'accueil de l'enfant ?

Précisez (synthèse) : ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

Grille de référence à destination de l'éducateur		
Aide pour avis		
Estimation des coûts supplémentaires générés par la prise en charge de l'enfant		
(cf items en surbrillance jaune)		
Champs	Estimation du coût supplémentaire non pris en charge par ailleurs, généré mensuellement	Observation éventuelle
Alimentation		
Toilette-hygiène		
Sommeil		
Communication		
Comportement		
Scolarité		
Relations avec ses proches		
Déplacements liés à la santé		
Autres		
TOTAL		

Echelle de référence 2022, majoration sur ENTRETIEN		
TAUX	MONTANT JOURNALIER	MONTANT POUR 30 JOURS
Taux 1	1,10€ * nb jours présence de l'enfant	33 €
Taux 2	2,40€ * nb jours présence de l'enfant	72 €
Taux 3	3,80€ * nb jours présence de l'enfant	114 €

Avis de l'éducateur

Taux d'entretien recommandé par l'éducateur : (entourez) Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

Durée de l'effectivité souhaitée :

Date :

Signature de l'éducateur :



A REMPLIR PAR LE MEDECIN DE PMI

OBSERVATION DE L'ENFANT

1: peu fréquent ou peu important
2: fréquent ou important
3: très fréquent ou très important

2022

Alimentation	aide à la prise alimentaire (<i>en fonction de l'âge</i>)	
	régime alimentaire	
	troubles nécessitant une surveillance	
Sommeil	difficultés d'endormissement	
	réveils nocturnes (<i>cauchemars, terreurs...</i>)	
Toilette	aide (<i>à évaluer en fonction de l'âge</i>)	
Propreté	énurésie	
	encoprésie	
Habillage	aide (<i>à évaluer en fonction de l'âge</i>)	
Autonomie	psychique (<i>handicap mental ...</i>)	
	locomotrice (<i>mobilité, déplacements...</i>)	
	difficultés spatio-temporelles	
Comportement	instabilité psychomotrice	
	troubles de la sexualité	
	hétéro ou auto-agressivité, colères ...	
Communication	trouble du langage	
	difficultés à nouer des relations avec l'Autre	
TOTAL 1		

INVESTISSEMENT DE L'ASSISTANT FAMILIAL

1: épisodique ou peu important
2: fréquent ou important
3: très fréquent ou très important

2022

Temps de présence chez l'assistant familial		
Modification de l'organisation familiale ou surveillance et contraintes particulières		
Frais supplémentaires (non pris en charge par ailleurs)		
RV médicaux, séances de rééducation, thérapies ...		
TOTAL 2		
Coefficient pondérateur :	total 2: entre 1 et 4 = 0,5	
	total 2 : entre 5 et 8 = 1	
	total 2: entre 9 et 12 = 1,5	
Taux de sujétion sur salaire = total 1 X coef. Pondérateur :		taux 0 : de 1 à 4
		taux 1 : de 5 à 8
		taux 2 : de 9 à 18
		taux 3 : > 18

Avis du médecin sur taux de sujétion sur salaire

Durée d'effectivité souhaitée :
Commentaires (rétroactivité):

Date :

Signature du médecin:



CONCLUSION

Taux de sujétion sur entretien préconisé par l'éducateur :

Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

Durée d'effectivité souhaitée :

Taux de sujétion sur salaire préconisé par le médecin PMI :

Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

Durée d'effectivité souhaitée :

		Niveau
<u>Décision de l'IEF :</u>	Taux sur salaire :	
	Taux sur entretien:	
Durée de l'effectivité :		
Date d'effet :		
Commentaire éventuel :		
Date :		
Nom, prénom :		<u>Signature de l'inspecteur Enfance Famille :</u>

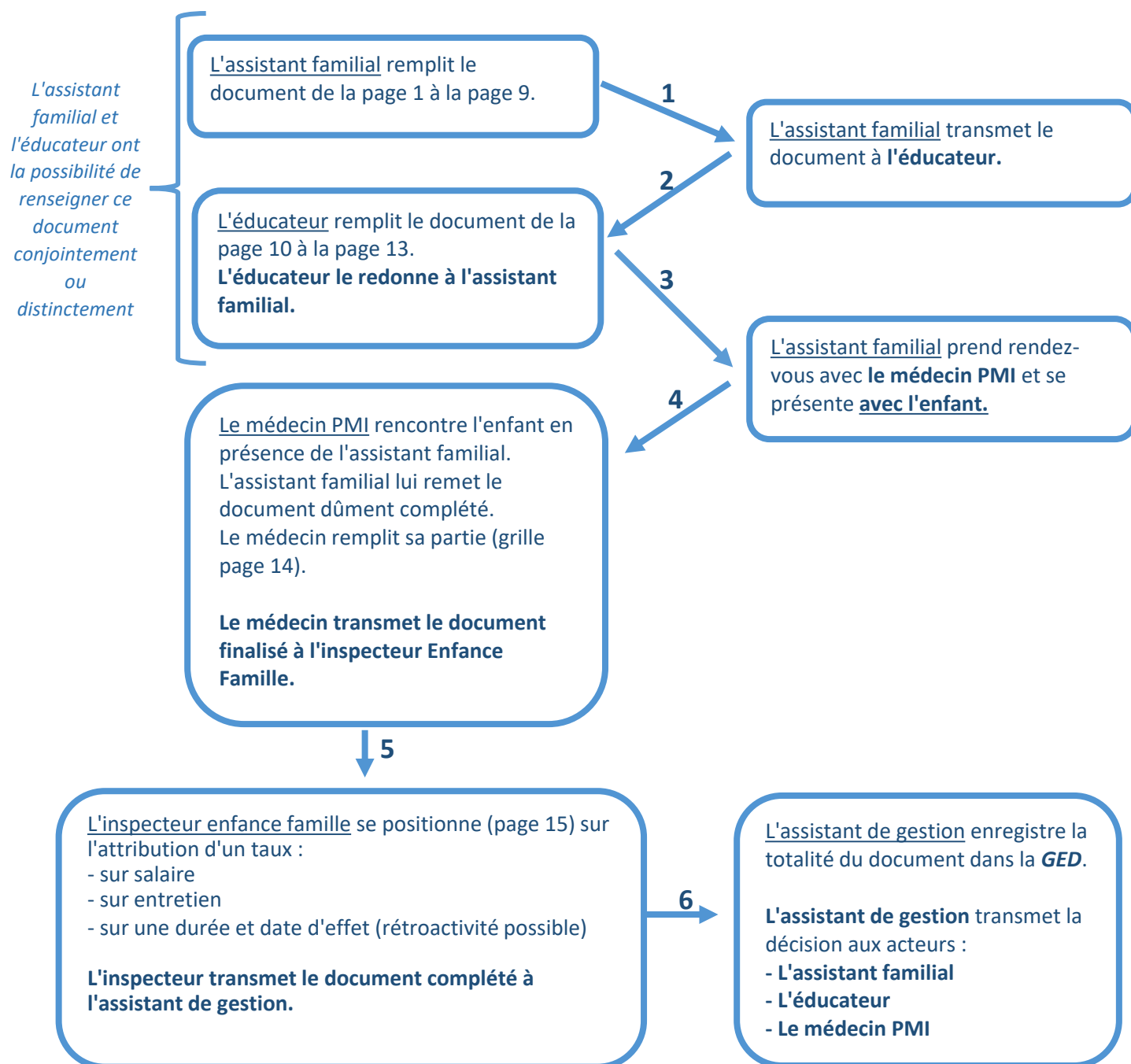


NOTICE DE DEMANDE D'ATTRIBUTION MAJORATION DE SUJETION EXCEPTIONNELLE

Le formulaire est à disposition des professionnels :

- sur le portail des assistants familiaux
- dans les services éducatifs enfance famille (SEEF)
- dans les centres médico-sociaux
- dans les centres de PMI (Protection Maternelle et Infantile)
- dans le : "W : espace délégation" > ASE > Enfance > DEF > Portail > boîte à outils ass fam
- sur Synergie

Etapes à suivre :



L'assistant familial peut à tout moment demander une ré-évaluation du taux de majoration exceptionnelle en fonction de l'évolution de l'enfant.