

Formulaire de demande d'accompagnement et de soutien parental à domicile (ASPAD)

Attention : il s'agit d'une pré-demande qui devra ensuite, si elle est retenue, être validée par la plateforme et se concrétiser par un entretien avec Madame De Rudder et M. Giroud.

A adresser à l'attention de Vanessa De Rudder (directrice de l'ASPAD pour Astural) :

vanessa.derudder@astural.org

Avec une copie à : M. Vincent Giroud (adjoint rattaché à la direction du service du suivi de l'élève pour l'OMP) :

Vincent.Giroud@etat.ge.ch

Nous vous contacterons dans les meilleurs délais

Rempli par : _____

Le : _____

Fonction : _____

Lieu : _____

Parents informés de la démarche :

Oui Mère/Père (merci d'entourer la personne informée) **Par qui :** _____ Non

Données administratives liées à l'enfant :

Enfant :

Nom : _____

Adresse : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Code postal : _____

Genre : F M

Localité : _____

Pays : _____

Nationalité : _____

Pays de naissance : _____

Langue parlée avec l'enfant : _____

Date d'entrée à Genève : _____

Frères et Sœurs : Oui (veuillez noter les dates de naissance)

Informations importantes sur la fratrie :

Scolarité :

Ecole : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Localité : _____

Données administratives liées aux parents

Parent 1 :

Mère Père

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Même adresse de l'enfant :

Oui Non : _____

Statut du couple parental :

Parent 2 :

Mère Père

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Même adresse de l'enfant :

Oui Non : _____

Autorité parentale conjointe :

Oui Non

Si non : Le deuxième parent est-il au courant de la démarche ? Oui Non

Renseignements liés aux réseaux

DESI OMP ou

Responsable de l'Etablissement : _____

Responsable pédagogique : _____

Responsable thérapeutique : _____

Thérapeute : _____

Consultation : _____

L'assistant-e social-e : _____

Autres collaborateur·ices du réseau : *(fonctions/coordonnées)*

(Ex : médecins, enseignant·e·s, éducateur·trice·s, pédiatre, neuropédiatre, psychothérapeute, ergothérapeute, etc.) :

Prestation Assurance Invalidité (AI) :

Oui Non Je ne sais pas

Si oui, lesquelles : _____

Service de protection des mineurs (SPMi) :

Oui Non Je ne sais pas

Si oui, veuillez noter le contact de l'IPE : _____

Type de mandat/mesure de protection : _____

Assistant·e social·e :

Oui Non Je ne sais pas

Si oui : *(coordonnées/établissement)*

Service de relève :

Oui Non Je ne sais pas

Si oui, lesquelles :
