

**DOSSIER DE RECRUTEMENT
DE FAMILLE D'ACCUEIL EMPLOYEE PAR LE
DEPARTEMENT
DU PAS-DE-CALAIS**

DATE D'AGREMENT Assistant(e) Familial(e) :
(joindre une copie de l'arrêté)

DEPARTEMENT D'OBTENTION :

NOMBRE D'ACCUEIL AUTORISE PAR L'AGREMENT :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

I – IDENTIFICATION DE LA FAMILLE D'ACCUEIL

Adresse :

CP :

Ville :

N° tél :

N° portable :

Adresse électronique :

@

a) L'Assistant(e) Familial (e) :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Situation familiale :

Marié(e)

Pacsé (e)

Divorcé(e)

Célibataire

Vie maritale

Veuf(ve)

Niveau d'études, diplômes :

Situation Professionnelle actuelle :

En cas d'exercice d'une activité, envisagez-vous de solliciter un cumul d'emploi ?

oui non

b) Conjoint(e) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Niveau d'études, diplômes :

Profession:

Lieu de travail :

c) Enfant vivant au domicile à temps plein ou à temps partiel :

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Scolarité ou activité professionnelle	Préciser si au foyer ou hors foyer

e) Enfant vivant hors foyer :

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Scolarité ou activité professionnelle	Préciser si au foyer ou hors foyer

d) Autre personne vivant au foyer (mineurs et majeurs) :

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Lien de parenté	Scolarité ou activité professionnelle

II- PROJET D'ACCUEIL DE L'ASSISTANT(E) FAMILIAL(E)

Quel accueil vous semble le mieux adapté à vos composition et dynamique familiales ?

.....
.....
.....
.....

Quelles seraient les raisons qui pourraient freiner l'accueil d'un enfant à votre domicile ?

.....
.....
.....
.....

Qu'est ce qui pourrait vous mettre en difficultés pendant l'accueil d'un enfant ?

.....
.....
.....
.....

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et je m'engage à accompagner ce dossier de candidature d'un curriculum vitae et d'une lettre de motivations.

A le

Signatures :

de l'Assistant(e) Familial(e)

Du (de la) conjoint(e),

Conformément à l'article 27 de la loi « informatique et libertés » du 6 Janvier 1978, les informations recueillies dans le présent questionnaire ont un caractère obligatoire pour le traitement de votre demande. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez-vous adresser par courrier au Bureau de l'Accueil Familial, Formation et Recrutement Hôtel du Département, 62018 ARRAS Cedex 09.

PÔLE SOLIDARITÉS

Direction de l'Enfance et de la Famille

Hôtel du Département – Rue Ferdinand Buisson
62018 ARRAS Cedex 9

03 21 21 65 73
03 21 21 65 74
03 21 21 65 75
03 21 21 65 76
03 21 21 65 77

Docteur,

Votre patient(e) est candidat(e) au poste d'assistant(e) familial(e).

Conformément à la réglementation en vigueur, il(elle) doit « passer un examen médical qui a pour objet de vérifier que son état de santé lui permet d'accueillir habituellement des mineurs » (article R. 421-3 du Code de l'action sociale et des familles).

L'examen médical « vise à s'assurer que l'intéressé(e) n'est atteint(e) d'aucune affection physique ou mentale incompatible avec l'exercice de cette profession. Il comprendra nécessairement le contrôle des vaccinations obligatoires et la recherche de signes évocateurs de la tuberculose. Au cas où le calendrier vaccinal n'a pas été respecté, la mise à jour sera effectuée » (arrêté du 28 octobre 1992 fixant les conditions d'examen médical obligatoire en vue de l'agrément des assistants maternels et familiaux).

J'insiste sur l'importance de l'examen médical de votre patient(e), dont l'état de santé contribuera à la qualité de l'accueil et au bon développement des enfants confiés.

Bien entendu, tout cas particulier peut être traité directement avec le médecin de la Protection Maternelle et Infantile de votre secteur.

Je vous remercie de l'attention que vous voudrez bien porter à cet aspect de la protection de l'enfant et reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

P.J. : Certificat médical

Pour le Président du Conseil départemental
Service départemental de la protection
Maternelle et infantile
Médecin Référent Protection de l'enfance

Docteur Agathe LIPARI



Je soussigné, _____

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Madame, Monsieur ⁽¹⁾

NOM : _____

NOM de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Candidat(e) à l'agrément d'assistant(e) maternel(le) ou d'assistant(e) familial(e) ⁽¹⁾

L'examen s'est attaché au dépistage des affections physiques ou mentales incompatibles avec l'exercice de ses fonctions.

Le contrôle et la mise à jour des vaccinations obligatoires et la recherche de signes évocateurs de la tuberculose ont été réalisés.

L'état de santé de l'intéressé(e)

⇒ LUI PERMET ⁽¹⁾

⇒ NE LUI PERMET PAS ⁽¹⁾

d'accueillir habituellement des mineurs.

Fait à _____, le _____

Signature et cachet du médecin

(1) RAYER LES MENTIONS INUTILES

JUSTIFICATIFS A FOURNIR

Afin que votre dossier de recrutement soit complet et puisse être instruit, merci de bien vouloir joindre à ce dernier les justificatifs ci-dessous :

- Une photocopie recto/verso de votre pièce d'identité, celle de votre conjoint et de vos enfants de plus de 13 ans
- Certificat d'honorabilité à demander sur le site <https://honorabilite.social.gouv.fr> et à nous fournir **OBLIGATOIREMENT** lors de votre transmission de demande. **UNIQUEMENT le vôtre** en tant que candidat-e.
- Votre CV
- Une lettre de motivation
- Une copie de votre arrêté d'agrément d'assistant familial
- Le certificat médical, ci-joint complété et signé par votre médecin
- Dernier diplôme obtenu
- Un acte de naissance
- Une copie du diplôme d'Etat :
 - D'éducateur Spécialisé,
 - D'éducateur Jeune Enfant,
 - Puéricultrice,
 - Auxiliaire puéricultrice.

A RENVOYER A :

Conseil Départemental du Pas-de-Calais
Service de l'accueil familial, bureau formation et recrutement des assistants familiaux
Hôtel du Département – rue Ferdinand Buisson
62018 ARRAS CEDEX 9