



## **DOSSIER DE DEMANDE D'AGRÈMENT POUR L'ACCUEIL DE PERSONNES ÂGÉES OU ADULTES HANDICAPÉS**

1<sup>ère</sup> demande d'agrément  - Renouvellement d'agrément

**Demandeur(s) :**

(Si l'agrément est sollicité par un couple : identifications des deux personnes sollicitant l'agrément)

NOM, Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

NOM, Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

.....

.....

N° de téléphone :

**DOSSIER A RETOURNER PAR LETTRE RECOMMANDÉE  
AVEC ACCUSE DE RECEPTION A :**

Conseil Général des Yvelines  
Direction de l'Autonomie  
Service Vie Sociale à Domicile PA/PH  
A l'attention de Mme GOSNET  
2 place André Mignot  
78012 VERSAILLES Cedex

**VOUS SOUHAITEZ ACCUEILLIR :**

**Nombre de personnes** 1  2  3

- Personne(s) âgée(s)
- Personne(s) handicapée(s)
- Personne(s) âgées et/ou handicapée(s)

- Homme
- Femme
- Indifférent

- Personne autonome
- Personne dépendante

**Type d'accueil**

- Accueil à titre permanent
- Accueil à titre temporaire
  
- A temps complet
- À temps partiel
  - Weekend
  - Accueil de jour

**I. ETAT CIVIL DU CANDIDAT OU DES CANDIDATS**

***A. Du demandeur :***

NOM.....  
Nom de Jeune fille (le cas échéant).....  
Prénom.....  
Date et lieu de Naissance .....

Nationalité .....

Téléphone fixe : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_.      Téléphone portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_.

Profession actuelle.....

Employeur .....

Profession antérieure .....

Permis de conduire : Oui  Non

N° Sécurité Sociale : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_

Situation familiale :

Célibataire  Marié(e)   
Séparé(e)  Divorcé(e)   
Vie maritale  PACS   
Veuf(ve)

***B. Du conjoint ou concubin (le cas échéant) :***

Est-il également candidat à l'agrément ? Oui  Non

NOM.....  
Nom de Jeune fille (le cas échéant).....  
Prénom.....  
Date et lieu de Naissance .....  
Nationalité .....

Téléphone fixe : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_. Téléphone portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_.

Profession actuelle.....  
Employeur .....

Profession antérieure .....

Permis de conduire : Oui  Non

N° Sécurité Sociale : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_

***C. Autres personnes vivant au foyer :***

NOM	Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Situation scolaire ou professionnelle



**C. Descriptif de la ou des pièces mise(s) à disposition de la ou des personnes accueillies :**

La ou les chambres <i>À renseigner en fonction de votre demande d'agrément</i>	Surface	WC particulier		Salle d'eau particulière	
		Oui	Non	Oui	Non
1.	m <sup>2</sup>				
2.	m <sup>2</sup>				
3.	m <sup>2</sup>				

**D. Moyen de transport :**

Possédez-vous une voiture ? Oui  Non

Existe-t-il à proximité du logement familial un moyen de transport collectif ? Oui  Non

**IV. PRESENCE D'ANIMAUX DOMESTIQUES**

Nature et type	Nombre

**V. COORDONNÉES DU REMPLACANT ENVISAGÉ**

NOM.....  
 Nom de Jeune fille (le cas échéant).....  
 Prénom.....  
 Date et lieu de Naissance .....

Nationalité .....

Téléphone fixe : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_. Téléphone portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_.

Profession actuelle.....

## VI. MOTIVATIONS DU ou DES DEMANDEURS

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, professionnelle ....)

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

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

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

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande d'agrément.**

Date et signature du ou des candidats à l'agrément d'accueillant familial

## VII. ENGAGEMENT DU CANDIDAT A L'AGREMENT D'ACCUEIL FAMILIAL

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) accueillies (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 prévue 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 »

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

- Photocopie du Livret de Famille
- Photocopie de la ou des pièces d'identité de l'ensemble des personnes majeures vivant au domicile
- Engagement du candidat à l'agrément d'accueil familial à caractère social daté et signé
- Extrait de casier judiciaire n° 3 du demandeur et des personnes majeures vivant au domicile, à demander à :

*Monsieur le Magistrat chargé du casier national  
107 rue du Landreau  
44317 NANTES CEDEX 3  
(Joindre une enveloppe timbrée pour le retour).*

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

- Certificat de propriété ou les 3 dernières quittances de Loyer
- Copie du dernier avis d'imposition ou non imposition sur le revenu
- Photocopie des charges du foyer
- Photocopie des ressources du foyer
- Attestation d'assurance habitation et responsabilité civile
- Certificat médical dûment complété pour toutes les personnes vivant au domicile (formulaire ci-joint)
- Photocopie du certificat de vaccination des animaux domestiques



<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.*