

Formulaire de demande de renouvellement d'aide forfaitaire pour enfant autiste Année -2025 -

I. Informations générales :

Nom et Prénom de l'adhérent (e) :		
N° DRPP		N° CIN
N° Téléphone :		E-Mail :
Adresse :		
Nom et Prénom de l'enfant :		Date de naissance :
Scolarisé :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Nom et Prénom du 2ème Parent :		
N° CIN du 2ème Parent :		
Adhérent à la Fondation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

✓ **NB :** Pour les adhérents ayant 2 enfants autistes, ils doivent fournir un dossier pour chaque enfant

II. Informations sur la scolarité et/ ou le suivi auprès d'une association spécialisée :

Nom de l'établissement Scolaire ou de l'association spécialisée	
Adresse	
N° Téléphone	

III. Informations sur l'Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS)

Nom et Prénom	
N° CIN	
N° Téléphone	
Adresse	

IV. Informations sur le suivi médical

Psychomotricien	Orthophoniste
Suivi Régulier : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Suivi Régulier : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Fréquence :	Fréquence :
Cachet et signature du praticien	Cachet et signature du praticien

V. Déclaration sur l'honneur de l'adhérent (e) :

Je, soussigné....., par la présente, sollicite la reconduction de l'aide accordée par la Fondation au titre de l'année 2025, pour continuer à couvrir les frais liés à la situation de mon enfant.....

En conséquence, je déclare sur l'honneur avoir pris pleinement connaissance des conditions d'attribution de cette aide, telles que mentionnées ci-dessous, et reconnais que cette demande ne garantit en aucun cas l'obtention de l'aide, celle-ci dépendant exclusivement de la décision de la commission de la Fondation chargée d'examiner les dossiers relatifs à cette prestation.

En cas d'octroi de cette aide, je m'engage à :

- 1- Utiliser l'aide reçue de la part de la Fondation pour faire face aux frais liés aux besoins spécifiques de mon enfant (frais de suivi médical, AVS, Scolarisation).
- 2- Informer la Fondation de toute évolution de l'état de santé de mon enfant ou changement de données déclarées sur ce formulaire.

VI. Conditions d'octroi de l'aide au titre de 2025 :

1. Conditions d'éligibilité à la reconduction de l'aide.

- ✓ L'enfant et son parent doivent être en situation d'adhésion régulière à la date de dépôt de la demande.
- ✓ Ayant déjà bénéficié de l'aide de la Fondation au titre de **2024**.
- ✓ Âgé(e) de **moins de 26 ans au 31/12/2024**.
- ✓ Scolarisé(e) ou suivi (e) auprès d'une association spécialisée au titre de **2024-2025**.
- ✓ Bénéficie des prestations d'un auxiliaire de vie scolaire.
- ✓ Suivi en psychomotricité et orthophonie « selon le type de suivi recommandé par le médecin traitant ».

2. Pièces à fournir

- ✓ Le présent formulaire de demande de renouvellement d'aide forfaitaire dûment rempli et signé par l'adhérent et les praticiens (Psychomotricien, Orthophoniste).
- ✓ L'engagement de l'Auxiliaire de Vie Scolaire (contrat de travail ou déclaration sur l'honneur) + copie de la CIN de l'AVS.
NB : si l'AVS est l'un des parents, un justificatif de non emploi est obligatoire. (Attestation de non emploi ou attestation de non affiliation à la CNSS)
- ✓ Certificat médical récent (de **moins de 3 mois**) du Pédopsychiatre ou Psychiatre.
- ✓ L'attestation de scolarisation (enseignement public/privé) ou attestation de suivi auprès d'une association spécialisée au titre de **2024-2025**.
- ✓ Le spécimen de chèque ou attestation de RIB originale.

3. Délais de dépôt

- ✓ Les demandes de renouvellement d'aide forfaitaire doivent être déposées ou envoyées à la Fondation **durant la période du 02/01/2025 au 31/03/2025**.
- ✓ Les dossiers reçus incomplets feront l'objet d'une notification pour demande de remise de complément dans un délai de **90 jours** à partir de la date de la notification.
- ✓ **Les dossiers reçus et complétés dans le délai précité (au plus tard le 31/03/2025)** bénéficieront de l'aide pendant **12 mois de Janvier à Décembre 2025**. A défaut, la date d'effet de l'aide sera celle de la réception du dernier Complément du dossier.

Mentions légales

- Par le biais de ce formulaire, la Fondation collecte vos données personnelles en vue de gérer ses adhérents et les bénéficiaires ses prestations.
- Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le numéro A-GC-310/2019.
- Les données personnelles collectées peuvent être transmises aux sous-traitants de la Fondation chargés de déployer les prestations sociales.
- Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08 en vous adressant au Pôle des Adhérents et du Réseau.

Fait à Le

Signature de l'adhérent :

Précédée par la mention « Lu et Approuvé »