



Formulaire de demande de renouvellement de l'aide forfaitaire pour enfant autiste Année -2026 -

I. Informations générales :

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

✓ **NB :** Pour les adhérents ayant 2 ou plusieurs 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 :	Ville :
N° Téléphone :	

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

Nom et Prénom :
N° CIN :
N° Téléphone :
Adresse :
Ville :
Engagement sur l'honneur de l'AVS : Je, soussigné(e) : Mme / M. Atteste sur l'honneur que j'accompagne et j'assure le suivi en tant qu'auxiliaire de vie scolaire de l'enfant au sein de l'établissementpour l'année scolaire 2025/2026. <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> Signature à légaliser : Précédée par la mention Lu et approuvé </div>
<i>Si l'AVS est l'un des parents, présenter une déclaration sur l'honneur attestant ne pas exercer une activité professionnelle et se consacrer exclusivement à l'accompagnement de son enfant.</i>

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 : (nombre de séances effectuées par mois selon la prescription du médecin traitant en 2025)	Fréquence : (nombre de séances effectuées par mois selon la prescription du médecin traitant en 2025)
(Nom et prénom + cachet et signature) du praticien Fait àle	(Nom et prénom + cachet et signature) du praticien Fait àle

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 2026, 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.
- Je 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.
- Je confirme l'exactitude des informations fournies, et m'engage, lors du changement de la personne chargée de l'accompagnement « AVS », à fournir à la Fondation un nouvel engagement.

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

- 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).
- 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 2026 :

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

- ✓ L'enfant et son parent doivent être en situation d'adhésion régulière à la Fondation à la date de dépôt de la demande.
- ✓ Ayant déjà bénéficié de l'aide de la Fondation au titre des années précédentes.
- ✓ Enfant âgé(e) de moins de 26 ans révolus à la date de la demande.
- ✓ Enfant scolarisé(e) ou suivi (e) auprès d'une association spécialisée au titre de 2025/2026.
- ✓ Enfant bénéficiant de l'accompagnement et du suivi d'un auxiliaire de vie scolaire individuel au sein de l'établissement scolaire et ou à l'association.
- ✓ Enfant suivi régulièrement en psychomotricité et/ou en orthophonie « selon le type de suivi prescrit par le médecin traitant ».

2. Pièces à fournir :

- ✓ Le présent formulaire de demande de renouvellement d'aide forfaitaire dûment rempli, signé par l'adhérent, signé et légalisé par l'AVS et rempli, signé et cacheté par les praticiens (Psychomotricien, Orthophoniste).
- ✓ Si l'AVS est l'un des parents, présenter une déclaration sur l'honneur attestant ne pas exercer une activité professionnelle et se consacrer exclusivement à l'accompagnement de son enfant.
- ✓ Copie de la CIN de l'AVS.
- ✓ Certificat médical récent (de moins de 3 mois) du Pédiopsychiatre ou Psychiatre précisant le besoin de suivi médical nécessaire pour l'enfant.
- ✓ L'attestation de scolarisation (enseignement public/privé) ou attestation de suivi auprès d'une association spécialisée au titre de 2025/2026.
- ✓ Le spécimen de chèque ou attestation de RIB originale de l'adhérent (e).

3. Délais de dépôt :

- ✓ Les demandes de renouvellement d'aide forfaitaire doivent être déposées ou envoyées à la Fondation durant la période du 02/01/2026 au 31/03/2026.
- ✓ Les dossiers reçus incomplets feront l'objet d'une notification pour une 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 31/03/2026) bénéficieront de l'aide pour les 12 mois de Janvier à Décembre 2026. A défaut, la date d'effet de l'aide sera celle du mois de la réception du complément demandé.

Mentions légales

-Par le biais de ce formulaire, la Fondation collecte vos données personnelles en vue de gérer ses adhérents et les bénéficiaires de 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 LeSignature de l'adhérent (e) :

Précédée par la mention « Lu et Approuvé »