



# DEMANDE D'INTERVENTION A DOMICILE

## Année scolaire 2008-2009

Tarif : 18€ mensuel pour 1 h d'intervention par semaine (hors vacances scolaires)  
+ frais déplacement sur la base de 0.25€ par km (base de départ : Istres)

Exemple : vous souhaitez 2h d'intervention par semaine : cela vous coûtera 36€ par mois de septembre 2008 à juin 2009  
(pas d'intervention pendant les vacances scolaires)

Date \_\_\_\_\_

NOM et PRENOM \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. fixe \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### PERSONNE A ACCOMPAGNER

NOM et PRENOM \_\_\_\_\_

Date de Naissance \_\_\_\_\_

Evaluation cognitive effectuée : OUI – NON Date \_\_\_\_\_

Nom du professionnel ayant effectué l'évaluation : \_\_\_\_\_

### Horaires souhaités

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-midi					
Soir jusqu'à 18h					
Nombre d'heures					

Indiquer : heure début-heure fin (exemple : 9h-11h)

Nombre d'heures par semaine souhaité	
--------------------------------------	--