

**DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ,  
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**  
SERVICE DE PROTECTION DE L'ADULTE  
ET DE LA JEUNESSE  
UNITÉ DE L'ACCUEIL EXTRAFAMILIAL DE JOUR

## Formulaire pour le bilan annuel EBS

*Merci de noter que ce document est strictement confidentiel, ainsi que toutes les informations qu'il contient. Il ne peut être partagé en dehors de la structure que sur autorisation des parents.*

### 1. Identité de l'enfant

Nom et prénom : |.....|

Date de naissance : |.....|

Structure d'accueil extrafamilial (STAE) : |.....|

### 2. Besoins spécifiques de l'enfant et de l'équipe pédagogique – perspectives

|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|

### 3. Des réseaux ont-ils été mis en place ?

oui  non

Éléments importants :

|.....|  
|.....|  
|.....|  
|.....|

**DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ,  
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**  
SERVICE DE PROTECTION DE L'ADULTE  
ET DE LA JEUNESSE  
UNITÉ DE L'ACCUEIL EXTRAFAMILIAL DE JOUR

.....  
.....

#### 4. Consultation de l'enfant

L'enfant a été entendu avec l'accord des parents ou des représentants légaux sur sa situation et ses besoins ?

oui  non

Des entretiens ont été menés avec les parents ou les représentants légaux ?

oui  non

Éléments importants :

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

Courrier de décision valable jusqu'au : .....

#### 5. Nombre d'heures hebdomadaires effectives et de renforcement de l'enfant

Les heures actuelles, sont-elles conformes au dernier courrier de décision ?

oui  non

Sinon, merci d'indiquer ci-dessous les heures actuelles de présence et de renforcement :

Heures de présence effectives : .....

Heures de renforcement : .....

*(Pour rappel, les heures de renforcement ne peuvent pas excéder les heures effectives de l'enfant)*

Heures de renforcement de l'encadrement durant les vacances scolaires : .....

*(Uniquement pour les accueils parascolaires)* ainsi que le nombre de semaine de renforcement durant les vacances scolaires : .....

**DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ,  
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**  
SERVICE DE PROTECTION DE L'ADULTE  
ET DE LA JEUNESSE  
UNITÉ DE L'ACCUEIL EXTRAFAMILIAL DE JOUR

Lieu et date : |.....|

Signature des parents et/ou des représentants légaux : |.....|

Signature de la direction de la STAE : |.....|

**Annexe indispensable**

- Horaire de présence de l'enfant dans la STAE si changement