

**PROJET EXCEPTIONNEL**

**L’AAPISE PROPOSE UN ACCUEIL DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES PENDANT L’ÉTÉ**













Proposer un **droit au répit** pour les **proches et aidants** mais aussi un

**accueil** pour **toutes les personnes accompagnées**



Proposition d’un programme **d’activités variées**













**Pour répondre au mieux à vos besoins et vos attentes**

**merci de compléter le questionnaire ci-dessous**

**en cochant la case qui vous intéresse**

**NOM :**

**PRENOM :**

**Établissement ou service de rattachement :**

**1/ Souhaiteriez-vous-bénéficier d’un temps d’accueil - de répit pendant l’été ?**

 **OUI NON**

**2/ Au cours de quelle(s) semaines(s) souhaitez-vous bénéficier d’un accueil ?**

**de 9h à 17h – repas compris**

 **JUILLET**

|  |
| --- |
|  |
| **Lundi 27 au Vendredi 31** |

**AOÛT**

|  |
| --- |
|  |
| **Lundi 03 au Vendredi 07** |
|  |
| **Lundi 10 au Vendredi 14** |
|  |
| **Lundi 17 au Vendredi 21** |

**3/ Vous souhaitez être accueilli(e) à un ou plusieurs week-ends pour participer à des séjours où vous dormirez sur place**

|  |
| --- |
|  |
| **SAMEDI 25 ET DIMANCHE 26 JUILLET**Jaune Souriant Visage Joyeux Smiley Heureux émoticône Illustration ... **OUI NON** |
| **SAMEDI 1ER ET DIMANCHE 02 AOÛT**Jaune Souriant Visage Joyeux Smiley Heureux émoticône Illustration ... **OUI NON** |
| **SAMEDI 08 ET DIMANCHE 09 AOÛT**Jaune Souriant Visage Joyeux Smiley Heureux émoticône Illustration ... **OUI NON** |
| **SAMEDI 15 ET DIMANCHE 16 AOÛT**Jaune Souriant Visage Joyeux Smiley Heureux émoticône Illustration ... **OUI NON** |

**4/ Quelle(s) activité(s) préférez-vous ?**

**Activités Manuelles et Créatives**

**s**

**Activités Culturelles**

**Activités Sportives**

 **OUI NON**  **OUI** **** **NON**  OUI ****NON

**5/ Pouvez-vous nous indiquer votre mode de transport pour vous rendre au au sein de l’établissement ou du service**



* **Déplacements effectués seul(e)**
* **Accompagnement par la famille**
* **Nécessité que le transport soit effectué par la structure d’accueil**
* **Possibilité de transport solidaire avec une autre famille**

**6/ Ce questionnaire répond-il à vos attentes ?**

 **OUI NON**

**Afin de pouvoir organiser votre accueil dans les meilleures conditions**

**MERCI de bien vouloir remettre à votre établissement ce questionnaire signé avant le LUNDI 06 JUILLET**

**Si non, quels autres besoins identifiez-vous ?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**DATE**

**SIGNATURE**

