

# ATTESTATION D'ORGANISATION DE LA CONTINUITÉ DE L'ACCUEIL



## ACCUEIL FAMILIAL

PERSONNE ÂGÉE OU ADULTE EN SITUATION  
DE HANDICAP

SOLIDARITÉS ET  
AUTONOMIE  
DES PERSONNES



[www.deux-sevres.fr](http://www.deux-sevres.fr)

Le principe qui prévaut dans le dispositif de l'accueil familial est celui de la continuité de l'accueil ; par ailleurs, le contrôle exercé par le Président du Conseil départemental porte également sur le remplaçant de l'accueillant familial.

### 1<sup>er</sup> REMPLAÇANT

**conjoint, enfant majeur qui vit au domicile ou autre personne qui ne vit pas à domicile**

Je soussigné(e) .....  
domicilié(e) à ..... tél ..... ;  
certifie pouvoir remplacer à son domicile Mme, Mr ou le couple .....  
demeurant ....., lors de ses absences de courte durée (ou de  
longue durée), liées à des imprévus, congés ou lors de formations organisées par le Département,  
auprès des personnes accueillies dans le cadre de son activité d'accueillant familial social.

À ....., le .....

Signature du remplaçant

### 2<sup>d</sup> REMPLAÇANT

**conjoint, enfant majeur qui vit au domicile ou autre personne qui ne vit pas à domicile**

Je soussigné(e) .....  
domicilié(e) à ..... tél ..... ;  
certifie pouvoir remplacer à son domicile Mme, Mr ou le couple .....  
demeurant ....., lors de ses absences de courte durée (ou de  
longue durée), liées à des imprévus, congés ou lors de formations organisées par le Département,  
auprès des personnes accueillies dans le cadre de son activité d'accueillant familial social.

À ....., le .....

Signature du remplaçant

**Dans le cas où le remplaçant est accueillant familial :**

date de l'obtention de l'agrément : .....

Nombre de personnes autorisées à être accueillies : .....

- Personnes âgées
- Personnes handicapées
- Personnes âgées/handicapées

Nombre de places disponibles pour effectuer le remplacement : .....

Je soussigné(e) .....  
m'engage à remplacer à mon domicile Mme, Mr ou le couple.....  
demeurant à .....  
lors de ses absences de courte durée (ou de longue durée), liés à des imprévus, congés ou lors  
de formations organisées par le Département, auprès des personnes accueillies dans le cadre de  
son activité d'accueillant familial social, en tenant compte de mon agrément et si j'ai une ou des  
chambre(s) de disponible(s).

À ....., le .....

Signature du remplaçant

Toute absence de plus de 48 heures doit être signalée, sauf cas de force majeure, par écrit au  
Président du Conseil départemental.

Pour tout remplacement au domicile de l'accueillant, l'annexe prévue à cet effet doit être complétée  
et adressée au Département, Service Maintien à Domicile, Bureau Accueil Familial, 74, rue Alsace  
Lorraine, CS 58880, 79028 NIORT Cedex dans les 24 heures qui suivent le début du remplacement.

Les différentes solutions envisagées pour le remplacement de l'accueillant familial doivent tenir  
compte de l'**avis de la personne accueillie**.