**Demande de renouvellement d’agrément (Centre d’activités de jour)**

*Document à transmettre dûment complété, daté et signé à l’adresse suivante :* *sah@spfb.brussels*

|  |
| --- |
| **Règlementation applicable**Décret du 17 janvier 2014 relatif à l’inclusion de la personne handicapée ;Arrêté 2017/626 du Collège de la Commission communautaire française fixant les modalités et les procédures d’agrément des centres, services, logements ou entreprises visés à l’article 70 du décret de la Commission communautaire française du 17 janvier 2014 relatif à l’inclusion de la personne handicapéeArrêté 2023/1419 du Collège de la Commission communautaire française relatif aux centres d’activités de jour mettant en œuvre la section 4 du chapitre 5 du décret de la Commission communautaire française du 17 janvier 2014 relatif à l’inclusion de la personne handicapée |

#### **IDENTIFICATION**

* Dénomination de l’ASBL :
* Dénomination du centre d’activités de jour :
* Numéro d’entreprise :
* Nom du délégué à la gestion journalière et mandaté par le pouvoir organisateur
pour représenter le centre d’activités de jour :
* Adresse du siège social :
* Adresse du siège d’activités :
* Téléphone :
* E-mail :
* Relevé d’identité bancaire :

**NATURE DE LA DEMANDE**

* Date de prise de cours de l’agrément sollicité :
* **Capacité agréée de base** sollicitée (à savoir le nombre maximum de personnes handicapées
que le centre peut accueillir simultanément) : ………. personnes
* En dehors de la capacité agréée de base et dans la capacité maximale d’accueil,
le nombre de prise en charge de **courte période** : ………. personnes

**DESCRIPTION DE LA POPULATION POUR LAQUELLE L’AGREMENT EST SOLLICITE**

* Dans la **capacité de base** :
	+ Spécificité des personnes hébergées (types de déficience) :
	+ Sexe :
	+ Tranche d’âge :
* Dans le cadre des places de **courte période**:
	+ Spécificité des personnes hébergées dans ce cadre (type de déficience) :
	+ Sexe :
	+ Tranche d’âge :

Fait à Bruxelles, le

Signature du responsable :