

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'AUTONOMIE DE L'ENFANT

Vous avez sollicité auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) du Finistère une Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH), un complément de cette allocation, la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) pour votre enfant et/ou un Parcours de Scolarisation.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter le plus précisément possible ce questionnaire qui a été élaboré par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH.

Il est destiné à faciliter l'étude des besoins et des droits de votre enfant, de 0 à 20 ans.

Ce questionnaire est facultatif. Il est le fruit du travail réalisé par l'équipe de la MDPH du Finistère et les représentants d'associations de familles, notamment les associations DYS, pour une meilleure compréhension des retentissements du ou des handicaps de votre enfant sur la vie quotidienne, sociale, scolaire et familiale.

Ces informations complètent celles transmises dans le formulaire de demande à la MDPH et dans le certificat médical qui sont obligatoires et peuvent être accompagnées d'un projet de vie exprimé sur papier libre. Il peut être également remis au médecin pour l'aider à élaborer le certificat médical.

1/ Renseignements administratifs :

- Nom, Prénom de l'enfant :

- Date de naissance :

- Noms, Prénoms des représentants légaux :

- Coordonnées téléphoniques et courriel :

2/ Prise en charge de votre enfant :

	Nom de la structure, adresse	Temps de présence par semaine y compris le week-end – en jours ou en heures – nombre de nuits
Crèche ou halte-garderie		
Etablissement scolaire		
Etablissement ou service médico-social		
Hôpital de Jour		
Dispositif d'accueil temporaire		
Assistante maternelle		
Autres		

3/ Activité professionnelle des parents :

Travaillez-vous ? Si oui, à quelle quotité de travail ?

Mère : oui% non Père : oui% non

Avez-vous diminué votre temps de travail du fait de la situation de handicap de votre enfant ?

Mère : oui non Père : oui non

Si oui, depuis quand ?

A quelle quotité ?

En cas de congé parental d'éducation ou de présence parentale, reprendrez-vous une activité professionnelle à cette fin de congé ?

Mère : oui non Père : oui non

Si oui, à quelle quotité ?

Quelle sera la date de reprise ?

4/ Frères et sœurs : préciser leur nom et leur date de naissance

Prénom/Nom : Date de naissance :

Prénom/Nom : Date de naissance :

Prénom/Nom : Date de naissance :

Prénom/Nom : Date de naissance :

Prénom/Nom : Date de naissance :

Observations que vous souhaitez apporter concernant les frères et sœurs :

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

5/ Votre enfant a-t-il besoin d'une aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne ?

	Fait seul sans aide	Aide partielle (surveillance, stimulation, guidance, aides techniques...)	Aide Totale	Temps que vous consacrez	Temps d'intervention d'une tierce personne (autre que parent)
1 - Toilette	*	*	*		
2 - Habillage et déshabillage	*	*	*		
3 - Prise de repas	*	*	*		
4 - Elimination	*	*	*		
5 - Déplacement et transfert à l'intérieur	** ***	** ***	** ***		
6 - Déplacement et transfert à l'extérieur	** ***	** ***	** ***		

* A détailler en précisant par exemple :

- 1 : se doucher, se savonner, s'essuyer, se brosser les dents...
- 2 : choisir les vêtements, fermer les boutons, fermeture éclair, lacer les chaussures...
- 3 : éplucher, préparer, se servir, couper, manger, débarrasser, nettoyer...
- 4 : aller aux toilettes et se déshabiller, s'essuyer, s'habiller, se changer...

** Quelle distance votre enfant peut-il parcourir seul et sans aide technique ?

*** Sait-il s'orienter ?

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6/ Votre enfant a-t-il besoin d'une surveillance particulière dans la vie quotidienne (ex : mise en danger, particularités sensorielles, orientation spatio-temporelle...) ?

oui non

Si oui, préciser laquelle et dans quelles situations ? au domicile ou à l'extérieur

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7/ Votre enfant a-t-il besoin d'une aide dans les activités de la vie quotidienne ?

oui non

Si oui, compléter le tableau qui suit :

	Fait seul sans aide	Aide partielle (surveillance, stimulation, guidance, aides techniques...)	Aide totale	Temps que vous consacrez	Temps d'intervention d'une tierce personne (autre que parent)
Communication <i>Communiquer avec les autres</i> <i>S'exprimer et se faire comprendre</i>					
Hygiène et esthétique (se raser, se coiffer, se couper les ongles...)					
Scolaire (en complément du Geva-Sco) Devoirs Cantine Utilisation des outils scolaires					
Gestion de l'argent et des démarches administratives ou scolaires, gestion des rendez vous					

	Fait seul sans aide	Aide partielle (surveillance, stimulation, guidance, aides techniques...)	Aide Totale	Temps que vous consacrez	Temps d'intervention d'une tierce personne (autre que parent)
Vie sociale Relations aux autres					
Activités péri-scolaires Loisirs					
Jeux <i>Vélo, ballon, jeux de construction, jeux vidéo, jeux d'imitation</i> ...					

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8/ Des soins nécessaires à votre enfant sont-ils effectués par vous-même, lui-même, ou une autre personne ?

oui non

Si oui, compléter le tableau ci-dessous :

Soins concernés (consultation, Rééducation, traitement répété de longue durée,...)	Nature	Fréquence	Durée (séance et trajet)	Lieu	Soins assurés par elle-même, vous- même, une autre personne ?

Commentaires :

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

9/ Votre enfant nécessite-t-il des soins médicalement prescrits entraînant des interventions nocturnes ?

oui non

Si oui, préciser pourquoi et la fréquence des interventions ?

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

10/ Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

oui non

Préciser les contraintes que cela entraîne : horaires particuliers, liste des aliments proscrits médicalement, fréquence particulière des repas, produits spéciaux prescrits par médecin spécialiste...

Indiquer la personne qui prépare les repas et les lieux où ils sont pris :

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

11/ Avez-vous des frais en lien avec le handicap de votre enfant ?

oui non

Si oui, préciser à l'aide du tableau ci-dessous :

Type de surcoût	Montant	Fréquence	Financements déjà obtenus pour cette dépense (autre que la MDPH)	Financement qui reste à votre charge
	(*)			
	(*)			
	(*)			

(*) Joindre pour ces dépenses des justificatifs ou une déclaration sur l'honneur

12/ Les transports non pris en charge par la Caisse d'Assurance Maladie ou la Mutuelle entraînent-ils pour vous des surcoûts en raison du handicap ?

oui non

Si oui, préciser à l'aide du tableau ci-dessous :

Nature du déplacement	Nombre de kms Aller	Fréquence	Transport assuré par * :

(*) Joindre un devis justificatif si transport assuré par un prestataire

13/ Emploi du temps hebdomadaire actuel, faisant apparaître la scolarisation, les activités périscolaires, les accompagnements et soins, lieux...

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
MATIN							
MIDI							
APRES-MIDI							
SOIREE							

Commentaires libres :

Pour compléter l'ensemble de ce document, vous pouvez vous faire aider par :

- l'assistant(e) social(e) de l'établissement scolaire ou médico-social où est accueilli votre enfant,
- un(e) assistant(e) social(e) du Centre Départemental d'Action Sociale(CDAS) le plus proche de votre domicile, ou Centre Communal d'Action Social (CCAS)
- par les associations de soutien aux personnes en situation de handicap

Ou contacter la Maison Départementale des Personnes Handicapées MDPH au 02 98 90 50 50 / contact@mdph29.fr

Date à laquelle le questionnaire a été complété :

Signature des parents ou des représentants légaux :