

# FORMATION

## PROCHES AIDANTS

### Ciblée - Ados / Adultes (15 ans et +)

## BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION

**« L'adolescence et l'âge adulte : problématiques spécifiques »**

Formation Gratuite - Nombre de place limité  
Disponibilité sur les 3 jours de formation obligatoire  
Validation définitive après un entretien téléphonique

Bulletin téléchargeable  
sur le site internet  
[www.cra-mp.info](http://www.cra-mp.info)

### PRÉSENTATION

- Dans le cadre du déploiement de la mesure 18 de la « Stratégie pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement » 2018-2022.
- Réponse à l'appel d'offre porté par le Groupement National des CRA et de la CNSA.

### OBJECTIFS

- Déployer des actions de formation à destination des aidants familiaux en s'appuyant sur le travail engagé dans le plan précédent et en s'appuyant sur les CRA et les associations des familles.
- Faire rencontrer des parents d'enfant venant d'avoir un diagnostic et pouvoir exprimer son ressenti.
- Acquérir des connaissances généralistes sur les TSA en référence à l'état des connaissances établis par la HAS en 2010, et des actualités scientifiques récentes.
- Acquérir des compétences pratiques en matière d'ajustement éducatif.

### ORGANISATION

- Groupe de 16 parents/proches d'adolescents et adultes ayant eu un diagnostic de Troubles Autistiques.
- **Présence obligatoire aux 3 journées.** Suite à l'entretien téléphonique vous devrez signer un engagement de présence sur les journées.
- Cette formation ne se substitue pas à l'équipe d'accompagnement.
- Des questionnaires de satisfaction vous seront proposés, afin de nous permettre d'évaluer la pertinence du contenu des journées : en fin de session et 6 mois après.

DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# FORMATION

## PROCHES AIDANTS

### Ciblée - Ados / Adultes

(15 ans et +)

#### PARTICIPANT(S)

- PARTICIPANT 1 (Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_)

Nom / / / / / / / / / / / / / / / Prénom / / / / / / / / / / / / / / /

Age : / \_\_\_ / Sexe : M  F

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Pourcentage de temps de travail (0: ne travaille pas 1: Temps partiel 2: Temps plein) / \_\_\_\_\_ /

Si coté 0, préciser :  Chômage  Maladie  Congé parental  Autre(s) \_\_\_\_\_

Situation familiale :  Marié (é)  Divorcé (e)  Concubinage  Pacsé(e)

PARENTS ISOLES\* :  OUI  NON

\*Éloignés ou coupés de l'entourage familial - réseau social restreint - rupture d'accompagnement pour l'enfant - réside dans un territoire isolé

- PARTICIPANT 2 (Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_)

Nom / / / / / / / / / / / / / / / Prénom / / / / / / / / / / / / / / /

Age : / \_\_\_ / Sexe : M  F

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Pourcentage de temps de travail (0: ne travaille pas 1: Temps partiel 2: Temps plein) / \_\_\_\_\_ /

Si coté 0, préciser :  Chômage  Maladie  Congé parental  Autre(s) \_\_\_\_\_

Situation familiale :  Marié (é)  Divorcé (e)  Concubinage  Pacsé(e)

PARENTS ISOLES\* :  OUI  NON

\*Éloignés ou coupés de l'entourage familial - réseau social restreint - rupture d'accompagnement pour l'enfant - réside dans un territoire isolé



## A PROPOS DE VOTRE ENFANT

Nom / / / / / / / / / / / / / / / / /

Prénom / / / / / / / / / / / / / / / / /

Date de naissance : / / / / /

Age de l'enfant : ans mois

Fratie :

Nom/ Prénom	Date de naissance	Niveau scolaire

## DIAGNOSTIC

Document écrit (certificat médical, rapport évaluation...)  OUI  NON

Votre enfant a-t-il eu un diagnostic précis ? :  OUI  NON

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Date du diagnostic : / / \_\_\_\_\_

Où a-t-il été réalisé : \_\_\_\_\_

Par qui : \_\_\_\_\_

Le diagnostic a-t-il été établi à l'aide d'outils diagnostic tel que l'ADOS :  OUI  NON

## SCOLARISATION

Est-il scolarisé ?  OUI  NON

Si non, a-t-il déjà été scolarisé ? \_\_\_\_\_

Niveau d'étude/Classe : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ Nombre d'heures : \_\_\_\_\_/semaine

Bénéficie-t-il d'une aide (AVS...) ?  OUI  NON Nombre d'heures : \_\_\_\_\_/semaine

## DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT

A ce jour, de quels accompagnements bénéficie-t-il (CMP, SESSAD, Hôpital de jour, libéral, ...) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Etes-vous satisfait du projet personnalisé : \_\_\_\_\_

A-t-il un traitement médicamenteux ? Si oui, lequel et pourquoi ? \_\_\_\_\_

Nous autorisez-vous à prendre contact avec les structures de soins/ Professionnels :  OUI  NON

Nom(s) ET Coordonnée(s) : \_\_\_\_\_

## INSERTION PROFESSIONNELLE

Formation professionnelle : \_\_\_\_\_

Métier exercé : \_\_\_\_\_

## AUTRES ELEMENTS DE CONNAISSANCES CONCERNANT VOTRE ENFANT/PROCHE PRESENTANT DES TROUBLES AUTISTIQUES

<b>Avez-vous réalisé des démarches pour une tutelle ou curatelle ?</b>	
<b>Quels sont les moyens de communication que votre enfant utilise ?</b>  <b>Quelles sont les difficultés rencontrées ?</b>	
<b>Quel est son niveau d'autonomie :</b>  - dans sa vie quotidienne ?  - dans ses déplacements ?  <b>Quelles sont les difficultés rencontrées ?</b>	
<b>Qu'aime-t-il faire ? Quels sont ses centres d'intérêts ?</b>	

Comment vit-il sa vie affective et sexuelle ?	
Votre enfant a-t-il des particularités de fonctionnement que vous souhaitez nous faire part ?	

Formation(s) déjà réalisée(s) sur la thématique de l'autisme : \_\_\_\_\_

Qui vous a parlé de cette formation ? \_\_\_\_\_

En avez-vous discuté avec les professionnels prenant en charge votre enfant ?  OUI  NON

A ce jour, avez-vous déjà fait appel à une association de parents ?  OUI  NON

Si oui :                      Prise de contact ponctuelle : /\_/\_/                      Adhésion : /\_/\_/

Nom de l'association : \_\_\_\_\_

## VOS ATTENTES

Qu'attendez-vous de cette formation / Quels sujets souhaiteriez-vous que nous abordions :

---



---



---



---



---

**Merci d'avoir répondu à ce questionnaire préalable à un entretien téléphonique.  
Nous vous recontacterons dès qu'une session de formation sera organisée.**

**Bulletin de pré-inscription à renvoyer à Marina Pierasco, chargée de mission, par :**

- Mail : [formation.aidants@cra-mp.info](mailto:formation.aidants@cra-mp.info)
- Courrier : CRA MP - Hôpital La Grave – Place Lange  
TSA 60033 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
- Fax : au 05.61.32.50.20