

BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION

ACCOMPAGNER MON ENFANT AVEC UN TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE : INTRODUCTION AUX PRINCIPES DE L'EARLY START DENVER MODEL (ESDM)

PARTICIPANTS

- **MERE ou PARTICIPANT 1** (Lien avec l'enfant : _____)

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

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

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

- **PERE ou PARTICIPANT 2** (Lien avec l'enfant : _____)

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

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

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

A PROPOS DE VOTRE ENFANT

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

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

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Age de l'enfant : ____ ans ____ mois

DIAGNOSTIC

Quel diagnostic précis, votre enfant a-t-il eu ? _____

Date du diagnostic : ____ / ____ / ____

Où a-t-il été réalisé : _____

Par qui : _____

ACCOMPAGNEMENT

A ce jour, de quel accompagnement bénéficie votre enfant et avec quel(s) professionnel(s) :

- Etablissement / Lieu : _____

- Orthophonie : _____

- Psychomotricité : _____

- Psychologue : _____

- Pédiopsychiatre : _____

- Autres : _____

Qui coordonne le projet de soin de votre enfant : _____

AUTRES ÉLÉMENTS DE CONNAISSANCES CONCERNANT VOTRE ENFANT

| COMMUNICATION | |
|--|--|
| Répond-il à son prénom ? | |
| Est-il verbal ou non verbal ? Quelques mots ? | |
| Utilise des gestes pour communiquer ? Montre-t-il du doigt ? | |
| A-t-il des moyens de communications alternatifs (PECS, PICTO...) ? | |
| RELATIONS SOCIALES | |
| Parvient-il à croiser votre regard ? | |
| Cherche-t-il le contact avec les adultes/enfants ? | |
| JEUX & INTERETS | |
| Qu'aime-t-il faire ? Quels sont ses centres d'intérêts ? | |



| PARTICULARITES DE FONCTIONNEMENT | |
|---|--|
| Présente-t-il de l'agressivité envers lui-même ou autrui ? | |
| Si oui, avez-vous identifié des situations déclenchantes ? | |
| Quels sont les mots/situations qui peuvent le calmer ? | |
| Présente-t-il des stéréotypes motrices/verbales ? A-t-il des routines ou rituels ? | |
| Présente-t-il une hyper sensorialité (au son, lumière, touché...) | |

FORMATION

Formation(s) déjà réalisée(s) sur la thématique de l'autisme : OUI NON

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

VOS ATTENTES

Qu'attendez-vous de cette formation :

Une partie des informations contenues dans ce bulletin de pré-inscription feront l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données.

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire préalable à un rendez-vous téléphonique.

Bulletin de pré-inscription à renvoyer à :

- Mail : formation@cra-mp.info
- Courrier : CRA MP - Hôpital La Grave – Place Lange
TSA 60033 - 31059 TOULOUSE Cedex 9

Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées

Hôpital la grave – Place Lange – TSA 60033 – 31059 Toulouse CEDEX 9

Tél : 05.61.32.50.15 – Fax : 05.61.32.50.20 – Mail : accueil@cra-mp.info – Site internet : www.cra-mp.info

Groupement d'Intérêt Public - Membre du Groupement National des CRA (GNCRA)

Numéro de déclaration d'activité de formation auprès du Préfet de la région Midi-Pyrénées : 73 31 05331 31

