



Stage de formation des aidants familiaux Formations Ciblées



Suite à votre candidature pour la formation des aidants familiaux ciblée, vous trouverez ci-après un questionnaire préalable à l'entretien de sélection.

Présentation

Plan autisme 2013-2017

Réponse à l'appel d'offre porté par l'Association Nationale des CRA et de la CNSA

En référence au chapitre III du plan « soutenir les familles »

Et inscrit dans le cadre du déploiement de la fiche action N°23 « formation et accompagnement des aidants familiaux »

L'objectif est de 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.

Organisation

Groupe de 15 parents/proches d'enfants de 6-14 ans.

Présence obligatoire aux 3 journées (9h30-17h).

Rappel : cette formation ne se substitue pas à l'équipe de soin.

Des questionnaires de satisfaction vous seront proposés, afin de nous permettre d'évaluer la pertinence du contenu des 3 journées :

- Questionnaire de satisfaction de fin de session
- Questionnaire de satisfaction post formation (6 mois)

PARTICIPANT (Lien avec l'enfant : :-----)

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) et de l'Association Nationale des CRA (ANCRA)



Nom /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Prénom /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Date de naissance : ----/----/----

Sexe : M /___/ F /___/

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)-----

Niveau d'étude : -----

Situation familiale : marié (é) /___/ divorcé (e) /___/ concubinage /___/ pacsé (e) /___/

Si vous êtes divorcé (e), préciser le mode de garde de votre enfant : -----

Ville d'habitation : -----

ORIENTATION :

Qui vous a parlé de la formation ?-----

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

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

ENFANT

Nom /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Prénom /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Date de naissance : ----/----/----

Age de l'enfant : ---- ans ----mois

FRATRIE

Nom/ Prénom	Date de naissance	Niveau scolaire	Troubles/difficultés

DIAGNOSTIC (document écrit)

Votre enfant a-t-il eu un diagnostic précis ? : oui /___/ non /___/

Si oui, lequel : -----

Date du diagnostic : -----

Qui a établi le diagnostic : -----

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) et de l'Association Nationale des CRA (ANCRA)



Le diagnostic de votre enfant a-t-il été établi à l'aide d'outils diagnostic tel que l'ADOS :
oui /___/ non /___/

SCOLARISATION :

Votre enfant est-il scolarisé ? : oui /___/ non /___/

Niveau :----- Nombre d'heures : -----/semaine

Bénéficie-t-il d'une AVS ? oui /___/ non /___/ : Nombre d'heures -----/semaine

Autre mode de garde (Famille, Crèche...) : -----

Nombre d'heures : -----

A ce jour, de quelle prise en charge bénéficie votre enfant :

Etes-vous satisfait du projet de soin de votre enfant : -----

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

oui /___/ non /___/ Nom(s)/Coordonnée(s) : -----

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

Prise de contact ponctuelle : /___/ Adhésion : /___/

Nom de l'association : -----

ENFANT :

<u>COMMUNICATION</u>	
Répond-il à son prénom ?	
S'il parle : Compréhensible par tous ?	
Utilise des gestes pour communiquer ? Montre du doigt ?	
A-t-il des moyens de communications alternatifs ?	
<u>AUTONOMIE</u>	
A-t-il acquis la propreté ?	
Indique-t-il quand il veut aller au WC ? Comment ?	



Se lave-t-il seul ?	
S'habille-t-il, se déshabille seul ?	
Mange-t-il seul ?	
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 ?	
Particularités de fonctionnement	
Présente-t-il de l'agressivité envers lui-même/ autrui ?	
Avez-vous identifié des situations déclenchantes ?	
Quels sont les mots/situations qui peuvent le calmer ?	
Stéréotypies motrices/verbales/Routines ou rituels	
Hyper sensorialité (Son, lumière, touché...)	
A-t-il des particularités alimentaires ?	
Présente-t-il des troubles du sommeil ?	

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

abordions: -----

