

## **BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION** **« Comprendre les troubles du spectre autistique »**

Formation Gratuite - Nombre de place limité  
Disponibilité sur les 4 jours de formation obligatoire  
Validation définitive de l'inscription après un entretien téléphonique

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

### **PRÉSENTATION**

- Plan autisme 2013-2017.
- Réponse à l'appel d'offre porté par le Groupement National 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 ».

### **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.
- Donner des points de repères sur les différentes approches recommandées en matière d'intervention et sur les différents dispositifs existants, afin que les familles puissent faire des choix éclairés.
- Identifier et gérer les troubles du comportement, du sommeil, alimentaire, la douleur.
- Aborder les droits et démarches administratives.

### **ORGANISATION**

- Groupe de 16 parents/proches d'enfants de 0-6 ans.
- **Présence des 2 parents obligatoire aux 4 journées.** Suite à l'entretien vous devrez signer un engagement de présence sur les 4 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.

# FORMATION AIDANTS FAMILIAUX Généraliste - 0 / 6 ans

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

## PARTICIPANTS

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

Nom /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Prénom /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

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

Nom /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Prénom /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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)

Si vous êtes divorcé (e), préciser le mode de garde de 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



Qui coordonne le projet de soin de votre enfant : \_\_\_\_\_

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

Avez-vous engagé des démarches administratives ? (MDPH, AEH/PCH, ALD) : \_\_\_\_\_

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

Nom(s) ET Coordonnée(s) : \_\_\_\_\_

## 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

Autre mode de garde (Famille, Crèche, Assistante familiale...) : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures : \_\_\_\_\_

## AUTRES ELEMENTS DE CONNAISSANCES CONCERNANT VOTRE ENFANT

DEVELOPPEMENT	
A quel âge a-t-il tenu assis ? A quel âge a-t-il marché ?	
A quel âge a-t-il dit ses premiers mots ?	
COMMUNICATION	
Répond-il à son prénom ?	
Est-il verbal ou non verbal ?	
Utilise des gestes pour communiquer ? Montre t'il du doigt ?	
A-t-il des moyens de communications alternatifs (PECS, PICTO...)?	

<b>AUTONOMIE</b>	
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 ?	
<b>RELATIONS SOCIALES</b>	
Parvient-il à croiser votre regard ?	
Cherche-t-il le contact avec les adultes/enfants ?	
<b>JEUX &amp; INTERETS</b>	
Qu'aime-t-il faire ? Quels sont ses centres d'intérêts ?	
<b>PARTICULARITES DE FONCTIONNEMENT (troubles du comportement et autres)</b>	
Présente-t-il de l'agressivité envers lui-même ou autrui ?	
Avez-vous identifié des situations déclenchantes ?	
Quels sont les mots/situations qui peuvent le calmer ?	
Présente-t-il des stéréotypies motrices/verbales ? A-t-il des routines ou rituels ?	
Présente-t-il une hyper sensorialité (au son, lumière, touché...)	
A-t-il des particularités alimentaires (textures, couleurs..) ?	
Présente-t-il des troubles du sommeil ? A-t-il un traitement ?	

## ORIENTATION

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

