



# FORMATION PROCHES AIDANTS Ciblée – 6/14 ans

## BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION « Aider son enfant au quotidien »

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

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

### 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.
- 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 6-14 ans ayant eu un diagnostic de troubles du spectre autistique.
- **Présence obligatoire aux 3 journées.** Suite à l'entretien téléphonique vous devrez signer un engagement de présence sur les 3 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

## PROCHES AIDANTS

### Ciblée – 6/14 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) : \_\_\_\_\_

<b>Nous autorisez-vous à prendre contact avec les structures de soins/ Professionnels :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Nom(s) ET Coordonnée(s) :</b> _____ _____

## 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

<b>DEVELOPEMENT</b>	
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 ?	
<b>COMMUNICATION</b>	
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'il 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

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.**

**Bullein 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