

BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION « L'adolescence et l'âge adulte : problématiques spécifiques »

Bulletin téléchargeable
sur le site internet
www.cra-mp.info

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

PRÉSENTATION

- Plan autisme 2013-2017.
- Réponse à l'appel d'offre porté par le Groupement National des CRA au nom 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.

ORGANISATION

- **6 journées thématiques proposées : inscription au choix à 2 journées minimum et à 3 journées maximum par participant.**
- **Présence obligatoire aux journées pour lesquelles vous vous êtes inscrit(e).** Suite à l'entretien vous devrez signer un engagement de présence sur les journées.
- Groupe de 16 parents/proches d'adolescents et adultes ayant eu un diagnostic de Troubles Autistiques.
- 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 AIDANTS FAMILIAUX 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

CHOIX DES THÉMATIQUES

Cochez les journées thématiques auxquelles vous souhaitez participer.
(2 minimum et 3 maximum par participant)
Votre présence est obligatoire sur les journées choisies.

Thématiques	Informations
Actualisation des connaissances Evolution des dispositifs d'accompagnements	Vendredi 6 avril 2018 9h30-17h
Statut des aidants familiaux Aspects juridiques	Date à déterminer 9h30-17h
Vie affective et sexuelle	Date à déterminer 9h30-17h
Logement – Hébergement Insertion professionnelle	Date à déterminer 9h30-17h
Autonomie (à destination d'aidants familiaux ayant des enfants AVEC déficience intellectuelle)	Date à déterminer 9h30-17h
Autonomie (à destination d'aidants familiaux ayant des enfants SANS déficience intellectuelle)	Date à déterminer 9h30-17h

PERSONNE PRESENTANT DES TROUBLES AUTISTIQUES

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

Prénom / / / / / / / / / / / /

Date de naissance : ____/____/____

Age de l'enfant : ____ ans ____ mois

Fratrie :

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

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

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 à renvoyer par :

- Mail à Coralie Salanié : c.salanie@cra-mp.info
- Courrier : CRA MP - Hôpital La Grave – Place Lange
TSA 60033 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
- Fax au **05.61.32.50.20**