

## Stage de formation des aidants familiaux Formations Généralistes

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

**Merci de nous le retourner impérativement avant l'entretien téléphonique par mail, fax, courrier.**

### **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 ».

### **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 14 parents/proches d'enfants de 0-6 ans.

**Présence des 2 parents obligatoire aux 4 journées.**

Des questionnaires de satisfaction vous seront proposés, afin de nous permettre d'évaluer la pertinence du contenu des 4 journées :

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

Session de formation :

Date de l'entretien : ---/---/---

**Suite à l'entretien vous devrez signer un engagement de présence sur les 4 journées.**

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

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 : -----

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

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

## 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, Assistante familiale...) : -----

-----Nombre d'heures : -----

## AVANT LE DIAGNOSTIC :

Quelles ont été vos 1ères inquiétudes/signes : -----

-----

Quel âge avait votre enfant : -----

**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 : -----

Qui a établi le diagnostic : -----

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

oui /\_/\_/ non /\_/\_/

Qu'avez-vous retenu comme informations sur ce diagnostic/ La prise en charge

proposée : -----

-----

## 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](mailto:accueil@cra-mp.info) – Site internet : [www.cra-mp.info](http://www.cra-mp.info)

Groupement d'Intérêt Public

Membre du Groupement National des CRA (GNCR) et de l'Association Nationale des CRA (ANCRA)



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

- Lieu : .....
- Orthophonie : .....
- Psychomotricité : .....
- Psychologue : .....
- Pédopsychiatre : .....
- Autres : .....
- 

**Qui coordonne le projet de soin de 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) : .....

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

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

Prise de contact ponctuelle : /\_/

Adhésion : /\_/

Nom de l'association : .....

**Quelles sources d'informations vous arrivent-ils de consulter :** .....

### Informations générales sur l'enfant

<b>DEVELOPPEMENT</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 ?	
Verbal ou Non verbal ? S'il parle : Compréhensible par tous ?	
Utilise des gestes pour communiquer ? Montre du doigt ?	
A-t-il des moyens de communications alternatifs (PECS, PICTO...)?	
<b>AUTONOMIE</b>	

**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](mailto:accueil@cra-mp.info) – Site internet : [www.cra-mp.info](http://www.cra-mp.info)

Groupement d'Intérêt Public

Membre du Groupement National des CRA (GNCRA) et de l'Association Nationale des CRA (ANCRA)



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>Particularités de fonctionnement (troubles du comportement et autres)</b>	
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 (textures, couleurs..)?	
Présente-t-il des troubles du sommeil ? A-t-il un traitement ?	

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

**abordions:** -----

-----

-----

-----

-----

