

### 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.



## A PROPOS DE VOTRE ENFANT

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

Prénom / / / / / / / / / / / / / / / /

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

Age de l'enfant : \_\_\_ ans \_\_\_ mois

Fratrie :

| Nom/ Prénom | Date de naissance | Niveau scolaire |
|-------------|-------------------|-----------------|
|             |                   |                 |
|             |                   |                 |
|             |                   |                 |

## 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 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

Où a-t-il été réalisé : \_\_\_\_\_

Par qui : \_\_\_\_\_

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

## ACCOMPAGNEMENT

A ce jour, de quel accompagnement bénéficie votre enfant et avec quel(s) professionnel(s) :

-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 : \_\_\_\_\_

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

**Bulletin 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