

BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION

« Accompagner mon enfant avec un Trouble du Spectre Autistique :
Introduction aux principes de l'Early Start Denver Model (ESDM) »

Présence obligatoire aux 3 journées de formation

PARTICIPANTS

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

Nom / / / / / / / / / /

Prénom / / / / / / / / / /

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

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

Nom / / / / / / / / / /

Prénom / / / / / / / / / /

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

A PROPOS DE VOTRE ENFANT

Nom / / / / / / / / / /

Prénom / / / / / / / / / /

Date de naissance : ____/____/____

Age de l'enfant : ____ ans ____ mois

DIAGNOSTIC

Quel diagnostic précis, votre enfant a-t-il eu ? _____

Date du diagnostic : ____/____/____

Où a-t-il été réalisé : _____

Par qui : _____

ACCOMPAGNEMENT

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

- Etablissement / Lieu : _____

- Orthophonie : _____

- Psychomotricité : _____

- Psychologue : _____

- Pédopsychiatre : _____

- Autres : _____

Qui coordonne le projet de soin de votre enfant : _____

En avez-vous discuté avec les professionnels prenant en charge votre enfant ? ☐ OUI ☐ NON

Nous autorisez-vous à informer les structures de soins/ Professionnels de votre participation à cette formation ? ☐ OUI ☐ NON

Nom(s) ET Coordonnée(s) : _____

AUTRES ÉLÉMENTS DE CONNAISSANCES CONCERNANT VOTRE ENFANT

COMMUNICATION	
Répond-il à son prénom ?	
Est-il verbal ou non verbal ? Quelques mots ?	
Utilise des gestes pour communiquer ? Montre-t-il du doigt ?	
A-t-il des moyens de communications alternatifs (PECS, PICTO...) ?	
RELATIONS SOCIALES	
Parvient-il à croiser votre regard ?	
Cherche-t-il le contact avec les adultes/enfants ?	

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 – Site internet : www.cra-mp.info

Groupement d'Intérêt Public - Membre du Groupement National des CRA (GNCRA)

Numéro de déclaration d'activité de formation auprès du Préfet de la région Midi-Pyrénées : 73 31 05331 31



JEUX & INTERETS	
Qu'aime-t-il faire ? Quels sont ses centres d'intérêts ?	
PARTICULARITES DE FONCTIONNEMENT (Comportements défis et autres)	
Présente-t-il de l'agressivité envers lui-même ou autrui ?	
Si oui, 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...)	

ORIENTATION

Formation(s) déjà réalisée(s) sur la thématique de l'autisme : _____

VOS ATTENTES

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

Une partie des informations contenues dans ce bulletin de pré-inscription feront l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données.

**Merci d'avoir répondu à ce questionnaire préalable à un rendez-vous téléphonique.
Sous réserve de places disponibles.**

Bulletin de pré-inscription à renvoyer à Marina Pierasco, chargée de mission, par :

- Mail : formation@cra-mp.info
- Courrier : CRA MP - Hôpital La Grave – Place Lange
TSA 60033 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
- Fax au 05.61.32.50.20

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 – Site internet : www.cra-mp.info

Groupement d'Intérêt Public - Membre du Groupement National des CRA (GNCRA)

Numéro de déclaration d'activité de formation auprès du Préfet de la région Midi-Pyrénées : 73 31 05331 31

