

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

Bulletin téléchargeable
sur le site internet
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 ? 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 ? Montre t'il du doigt ?	
A-t-il des moyens de communications alternatifs (PECS, PICTO...) ?	

AUTONOMIE	
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 ?	
RELATIONS SOCIALES	
Parvient-il à croiser votre regard ?	
Cherche-t-il le contact avec les adultes/enfants ?	
JEUX & INTERETS	
Qu'aime-t-il faire ? Quels sont ses centres d'intérêts ?	
PARTICULARITES DE FONCTIONNEMENT (troubles du comportement et autres)	
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 stéréotypes 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 :

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 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
- Courrier : CRA MP - Hôpital La Grave – Place Lange
TSA 60033 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
- Fax : au 05.61.32.50.20