

BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION

« Aider son enfant au quotidien »

Disponibilité sur les jours de formation **obligatoire**
Validation définitive de l'inscription après un entretien téléphonique
Nombre de place limité

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.

ORGANISATION

- Groupe de 16 parents/proches d'enfants de 6-14 ans ayant eu un diagnostic de troubles du spectre autistique.
- **Présence obligatoire aux journées.** Suite à l'entretien téléphonique vous devrez signer un engagement de présence sur les 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.

FORMATION PROCHES AIDANTS

Ciblée – 6/14 ans

DATE : ____/____/____

PARTICIPANTS

▪ **MERE ou PARTICIPANT 1** (Lien avec l'enfant (par ex : mère, sœur etc.) : _____)

Nom /_/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ Prénom /_/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Profession : _____

▪ **PERE ou PARTICIPANT 2** (Lien avec l'enfant (par ex : père, frère etc.) : _____)

Nom /_/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ Prénom /_/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Profession : _____

Situation familiale : marié (é) divorcé (e) concubinage pacsé (e)

Si vous êtes divorcé (e), préciser le mode de garde de 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*

A PROPOS DE VOTRE ENFANT

Nom /_/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ Prénom /_/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/

Date de naissance : ____/____/____ Age de l'enfant : ____ ans ____ mois

Fratrerie :

Nom/ Prénom	Année 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 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) : _____

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 ÉLÉMENTS DE CONNAISSANCES CONCERNANT VOTRE ENFANT

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, pictogrammes par exemple) ?	
AUTONOMIE	
A-t-il acquis la propreté ?	
Se lave-t-il seul ?	
S'habille-t-il, se déshabille seul ?	
Mange-t-il seul ?	
A-t-il des particularités alimentaires (textures, couleurs ...) ?	
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	
Présente-t-il parfois 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 stéréotypies motrices / verbales ?	
Présente-t-il une hyper sensorialité (Au son, lumière, toucher...) ?	
Présente-t-il des troubles du sommeil ? A-t-il un traitement ?	
<p>En 2021, nous mettons en place une journée supplémentaire, « optionnelle » sur les thématiques de la vie affective, sexualité et le passage à l'adolescence (puberté) + orientation scolaire.</p> <p>Participerez-vous à cette journée ?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si non, pouvez-vous nous indiquer la raison ?</p>
<p>VIE AFFECTIVE, PASSAGE A L'ADOLESCENCE</p> <p>Quelles sont vos attentes sur cette thématique ? Que souhaiteriez-vous voir abordé ?</p>	
<p>ORIENTATION SCOLAIRE</p> <p>Quelles sont vos attentes sur cette thématique ? Que souhaiteriez-vous voir abordé ?</p>	

FORMATION

Avez-vous des connaissances sur les TSA (recherches effectuées par vous-même, explications des professionnels de santé ...) ? _____

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

Nous autorisez-vous à prendre contact avec les structures de soins/ Professionnels : OUI NON

Nom(s) ET Coordonnée(s) : _____

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 :

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