

BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION

« L'adolescence et l'âge adulte : problématiques spécifiques »

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.

ORGANISATION

- Groupe de 16 parents/proches d'adolescents et adultes ayant eu un diagnostic de Troubles Autistiques.
- **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.

Fratrie :

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

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

DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT

A ce jour, de quels accompagnements bénéficie-t-il (CMP, SESSAD, Hôpital de jour, libéral, ...) :

Etes-vous satisfait du projet personnalisé : _____

INSERTION PROFESSIONNELLE

Formation professionnelle : _____

Métier exercé : _____

AUTRES ELEMENTS DE CONNAISSANCES CONCERNANT VOTRE ENFANT/PROCHE PRESENTANT DES TROUBLES AUTISTIQUES

Avez-vous réalisé des démarches pour une tutelle ou curatelle ?	
Quels sont les moyens de communication que votre enfant utilise ? Quelles sont les difficultés rencontrées ?	
Quel est son niveau d'autonomie : - dans sa vie quotidienne ? - dans ses déplacements ? Quelles sont les difficultés rencontrées ?	
Qu'aime-t-il faire ? Quels sont ses centres d'intérêts ?	
Comment vit-il sa vie affective et sexuelle ?	
A-t-il un traitement médicamenteux ? Si oui, lequel et pourquoi ?	
Votre enfant a-t-il des particularités de fonctionnement dont vous souhaitez nous faire part ?	

--	--

FORMATION

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