

FORMATION PROCHES AIDANTS

Généraliste - 0 / 6 ans

« Comprendre les troubles du spectre autistique »

LIEU DE FORMATION : TARN (81)

BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION

PRESENTATION

Les sessions de formation « généralistes » proposées par le CRA MP, en partenariat avec l'AGAPEI et les associations de familles locales, se situent en complémentarité de l'offre existante, portée en particulier par ces associations. Elles sont ouvertes aux familles résidant dans le TARN et s'inscrivent dans le cadre du déploiement de la mesure 18 de la « Stratégie pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement » 2018-2022. Ces formations sont supportées par des financements CNSA / AGAPEI / CRA MP : coûts pédagogiques et de restauration pris en charge sans avance de frais. Possibilité de remboursement des frais de transports sur demande.

OBJECTIFS

- Déployer des actions de formation à destination des aidants familiaux en s'appuyant sur le CRA MP, l'AGAPEI et les associations de 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 0-6 ans ayant eu un diagnostic de troubles du spectre autistique.
- **Présence des 2 parents recommandée aux journées mais pas obligatoire.** 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 Généraliste - 0 / 6 ans TARN

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

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 : _____

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 : _____

Bénéficie-t-il d'une aide (AESH...) ? OUI NON

Autre mode de garde (Famille, Crèche, Assistante familiale...) : _____

AUTRES ÉLÉMENTS DE CONNAISSANCES CONCERNANT VOTRE ENFANT

COMMUNICATION	
Est-il verbal ou non verbal ?	
A-t-il des moyens de communications alternatifs (PECS, pictogrammes par exemple) ?	
AUTONOMIE	
A-t-il acquis la propreté ?	
A-t-il des particularités alimentaires (textures, couleurs ...) ?	
RELATIONS SOCIALES	
Cherche-t-il le contact avec les adultes / enfants ?	
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 ?	

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 ? :

DEMANDE D'AMÉNAGEMENT(S) SPÉCIFIQUE(S) : Le CRA s'engage à ce que la formation soit accessible aux publics en situation de handicap et à mettre en œuvre, si nécessaire, des mesures de compensation à travers des aides techniques, des aides humaines, des aménagements organisationnels et pédagogiques de la formation pour l'accueil des stagiaires. **Merci d'indiquer ci-dessous vos besoins** :

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 échange téléphonique.

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