

## BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION

### « Comprendre les troubles du spectre autistique »

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, 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.** 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

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

Fratric : \_\_\_\_\_

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 ELEMENTS 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 ?	
Indique-t-il quand il veut aller au WC et comment ?	
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 ?	

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