

MAJ : 02/11/2022

BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION

Ce bulletin est **commun** à différentes formations à destination des proches aidants (*Hors parcours « Formations aux proches aidants de type généraliste et ciblées » - cadre CNSA*) proposées par le CRA Midi-Pyrénées afin de faciliter le traitement de votre inscription.

En 2022, ces formations sont proposées gratuitement (financement du CRA MP) dans la limite de deux places par famille. Les frais de restauration, de déplacement et d'hébergement éventuels restent à votre charge.

Chaque formation fait l'objet d'une organisation individuelle qui lui est propre (horaires, nombre de places, financement, etc.). N'hésitez pas à vous référer aux plaquettes de présentation de ces formations pour en connaître les modalités ou contactez le département formation : formation@cra-mp.info / 05 61 32 50 16.

Cochez la(les) formation(s) à laquelle (auxquelles) vous souhaitez vous pré-inscrire :

- ❖ **Autisme et Alimentation (formation mixte : proches aidants et professionnels)**
 - Samedi 5 mars 2022
 - Mercredi 2 novembre 2022 - EN VISIO
- ❖ **Comprendre et accompagner les troubles du comportement (comportements-défis) de son enfant présentant un TSA**
 - Mardi 15 novembre 2022 et Mardi 13 décembre 2022 (demi-journée, demi-groupe)
- ❖ **Vie affective et sexualité de la personne avec TSA**
 - Vendredi 2 décembre 2022

Votre inscription est validée et effective à compter de la réception d'une confirmation de notre part par mail, contenant convocation, le contrat de formation, le livret d'accueil et règlement intérieur du stagiaire en formation, et la charte de confidentialité.

Votre inscription ne sera plus prioritaire à partir du moment où vous aurez participé à l'une (ou plusieurs) de nos formations afin de permettre aux familles/proches aidants n'ayant jamais accédé à nos formations de pouvoir les suivre.

Le département formation se réserve le droit :

- De refuser une inscription si celle-ci est incomplète, si elle ne correspond pas aux critères demandés ou si le nombre maximum de participants est atteint.
- D'annuler ou de reporter une formation si nécessaire.

Conditions particulières, report et annulation :

- Toute annulation ou report d'inscription de la part du stagiaire doit être signalé et confirmé par écrit.

PARTICIPANT 1 / PROCHE AIDANT

Nom / / / / / / / / / / / / / / / /

Prénom / / / / / / / / / / / / / / / /

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

(Lien avec l'enfant : _____)

Formation(s) déjà réalisée(s) sur la thématique de l'autisme : _____

PARTICIPANT 2 / PROCHE AIDANT

Nom / / / / / / / / / / / / / / / /

Prénom / / / / / / / / / / / / / / / /

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

(Lien avec l'enfant : _____)

Formation(s) déjà réalisée(s) sur la thématique de l'autisme : _____

A PROPOS DE VOTRE ENFANT / L'ENFANT CONCERNÉ PAR LE TSA

*Les éléments avec une « * » sont susceptibles d'être transmis de manière anonyme au formateur en amont de la formation afin qu'il puisse s'adapter et adapter son contenu au plus près de vos besoins et attentes.*

Nom / / / / / / / / / / / / / / / /

Prénom / / / / / / / / / / / / / / / /

Date de naissance : ____/____/____

Age de l'enfant* : ____ ans ____ mois

DIAGNOSTIC

Quel est le diagnostic précis qui a été posé* ? _____

Mois et Année du diagnostic* : ____/____

Où a-t-il été réalisé : _____

Par qui : _____

ACCOMPAGNEMENT

A ce jour, de quel(s) accompagnement(s) bénéficie-t-il (Libéral, CMP, CMPP etc.) ? :



SCOLARISATION

Est-il scolarisé* ? OUI NON

Si non, a-t-il déjà été scolarisé ? OUI NON

Niveau d'étude/Classe* : _____

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

COMMUNICATION

Est-il ?* : Verbal Non verbal

A-t-il des moyens de communications alternatifs (PECS, PICTO...) ?* _____

Présente-t-il des stéréotypies motrices / verbales ?* _____

SENSORIALITÉ

Votre enfant a-t-il des particularités sensorielles, et si oui, lesquelles (Hypo/Hyper ? au son, lumière, touché, goût, odorat ...) ?* _____

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Votre enfant a-t-il un traitement médicamenteux et si oui, pour quelle raison (sommeil, concentration ...) ?* _____

AUTRES ÉLÉMENTS DE CONNAISSANCES

Répondez uniquement aux éléments en lien direct avec la(les) formation(s) sélectionnée(s).

FORMATION « Autisme et Alimentation »	
Mange-t-il seul ?*	
A-t-il des particularités alimentaires et si oui, lesquelles (textures, couleurs...) ?*	
L'alimentation de votre enfant a-t-il un impact sur votre vie quotidienne / familiale ?*	



VEUILLEZ INDIQUER VOS ATTENTES * : _____	

FORMATION Comprendre et accompagner les troubles du comportement (Comportements-défis) de son enfant présentant un TSA

Votre enfant a-t-il des troubles du comportements ?*	
Comment ces troubles se traduisent-ils ?* <i>(Par exemple : agressivité, autostimulations sensorielles, isolement etc.)</i>	
Avez-vous identifié des situations déclenchantes ?*	

VEUILLEZ INDIQUER VOS ATTENTES* : _____	

FORMATION « Vie affective et sexualité de la personne TSA »
--

Votre enfant vit-il à votre domicile, en institution ou est-il indépendant ?* <i>(avec/sans accompagnement)</i>	
Comment votre enfant a vécu les différentes étapes de la puberté ?* <i>(Changements corporels et comportementaux, les soins d'hygiène par exemple...)</i>	
Votre enfant se confie-t-il sur sa vie sentimentale et relationnelle ?*	



(amitié, sens de la relation de couple, par exemple ...)	
Avez-vous abordé avec votre enfant la question de la sexualité ?*	
Votre enfant a-t-il des comportements que vous qualifieriez comme « inadaptés » ?*	
VEUILLEZ INDIQUER VOS ATTENTES* : _____	

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 :**

FAIT A : _____	LE : _____
SIGNATURE* :	
<p><small>*En signant, j'accepte les conditions suivantes : la réforme RGPD entre en vigueur le 25 mai 2018 au sein de l'Union Européenne. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données personnelles vous concernant ayant été collectées par le CRA Midi-Pyrénées. Pour exercer ce droit, il vous suffit d'adresser un courrier postal. Les données personnelles vous concernant, recueillies par l'intermédiaire de ce bulletin d'inscription sont utilisées par le CRA MP uniquement dans le cadre de la mise en œuvre des services liés à votre inscription et ne font l'objet d'aucune communication à des tiers. Les coûts d'inscription sont nets et ne sont pas assujettis à la TVA.</small></p>	

<p><u>Bulletin à retourner complété et signé :</u></p> <p>Par email : formation@cra-mp.info</p> <p>Par courrier : Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées Hôpital la grave – Place Lange – TSA 60033 31059 Toulouse CEDEX 9</p>
--

