

# FORMATION PROCHES AIDANTS

## Généraliste - 0 / 6 ans

« Comprendre les troubles du spectre autistique »

### LIEU DE FORMATION : HAUTES-PYRENEES (65)

## BULLETIN DE D'INSCRIPTION

### PRESENTATION

Les sessions de formation « généralistes » proposées par le CRA MP, en partenariat avec l'ADAPEI 65 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 les HAUTES PYRENEES 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 / ADAPEI 65 / 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'ADAPEI 65 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 un RDV téléphonique, vous devrez signer un engagement de présence et de confidentialité.
- 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 HAUTES-PYRENEES

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

<b>COMMUNICATION</b>	
Est-il verbal ou non verbal ?	
A-t-il des moyens de communications alternatifs (PECS, pictogrammes par exemple) ?	
<b>AUTONOMIE</b>	
A-t-il acquis la propreté ?	
A-t-il des particularités alimentaires (textures, couleurs ...) ?	
<b>RELATIONS SOCIALES</b>	
Cherche-t-il le contact avec les adultes / enfants ?	
<b>PARTICULARITES DE FONCTIONNEMENT</b>	
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](mailto:formation.aidants@cra-mp.info)
- Courrier : CRA MP - Hôpital La Grave – Place Lange  
TSA 60033 - 31059 TOULOUSE Cedex 9