FORMATION
PROCHES AIDANTS
Ciblée – 6/14 ans

MAJ : 02/11/2021

BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION
« Aider son enfant au quotidien »

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.

ORGANISATION

- Groupe de 16 parents/proches d'enfants de 6-14 ans ayant eu un diagnostic de troubles du spectre autistique.
- **Présence obligatoire aux journées.** Suite à l'entretien téléphonique vous devrez signer un contrat d'engagement de présence sur les journées ainsi que prendre connaissance d'une charte de confidentialité.
- Cette formation ne se substitue pas à l'équipe d'accompagnement.
- Des questionnaires de satisfaction vous seront envoyés par mail en fin de session et 3 mois après afin de nous permettre d'évaluer la pertinence et la cohérence du contenu des journées, et d'évaluer l'impact de ces journées de formation dans votre quotidien.

Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées
Hôpital la grave – Place Lange – TSA 60033 – 31059 Toulouse CEDEX 9
Tél : 05.61.32.50.15 – Fax : 05.61.32.50.20 – Mail : accueil@cra-mp.info – Site internet : www.cra-mp.info
Groupement d'Intérêt Public - Membre du Groupement National des CRA (GNCRA)
Numéro de déclaration d'activité de formation auprès du Préfet de la région Midi-Pyrénées : 73 31 05331 31

DATE : _____/_____/_____

FORMATION
PROCHES AIDANTS
Ciblée – 6/14 ans

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

Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées
Hôpital la grave – Place Lange – TSA 60033 – 31059 Toulouse CEDEX 9
Tél : 05.61.32.50.15 – Fax : 05.61.32.50.20 – Mail : accueil@cra-mp.info – Site internet : www.cra-mp.info
Groupement d'Intérêt Public - Membre du Groupement National des CRA (GNCRA)
Numéro de déclaration d'activité de formation auprès du Préfet de la région Midi-Pyrénées : 73 31 05331 31

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 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 ÉLÉMENTS 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 ?	
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 ?	
VIE AFFECTIVE, PASSAGE A L'ADOLESCENCE Quelles sont vos attentes sur cette thématique ? Que souhaiteriez-vous voir abordé ?	
ORIENTATION SCOLAIRE Quelles sont vos attentes sur cette thématique ? Que souhaiteriez-vous voir abordé ?	

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 entretien téléphonique.
Nous vous recontacterons dès qu'une place sera disponible sur l'une de nos sessions.

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