

2. ORGANISATION ACTUELLE DE LA VIE DE VOTRE ENFANT

- **Votre enfant est-il scolarisé ?** OUI NON

Si OUI, merci d'indiquer le nom de l'école :

- en classe ordinaire en classe spécialisée
 à temps complet à temps partiel

Si votre enfant est scolarisé à temps partiel, merci de préciser le nombre de 1/2 journées par semaine :

Est-il externe demi-pensionnaire interne ?

Est-il boursier OUI NON

Bénéficie-t-il d'une accompagnatrice de vie scolaire ? OUI NON

- **Votre enfant est-il accueilli en établissement spécialisé ?** OUI NON

Si OUI veuillez entourer le nom de l'établissement ou du dispositif:

IME	CAJEDA (ACH)	APEHNC	ASH	MGP	ISA
Autre (indiquer le nom) :					

Est-il accueilli à temps complet à temps partiel

Si votre enfant est accueilli à temps partiel, merci de préciser le nombre de 1/2 journées par semaine :

- **Votre enfant est-il accueilli en crèche/garderie ?** OUI NON

Si OUI, merci d'indiquer le nom de la crèche ou de la garderie :

Est-il accueilli à temps complet à temps partiel

Si votre enfant est accueilli à temps partiel, merci de préciser le nombre de 1/2 journées par semaine :

- **Votre enfant est-il gardé à domicile ?** OUI NON

Avez-vous recours à l'aide d'une tierce personne? OUI NON

Si OUI, à quels moments de la journée ?

Qui s'occupe de votre enfant ?

Pour quel type d'aide ?

- **Votre enfant a-t-il des prises en charge thérapeutiques ou rééducatives à l'extérieur de l'école ou de l'établissement qu'il fréquente ?** (orthophonie, kiné, CMP, CATTP, hôpital de jour.)

Précisez lesquelles et à quel moment :

- **Votre enfant a-t-il des loisirs ?** OUI NON

Si OUI, lesquels ?

- **Votre enfant participe-t-il à des activités en CENTRE DE LOISIRS ?**

OUI NON

Si OUI, merci de préciser la fréquence sur une année : nombre de semaines par an durant lesquelles vous inscrivez (ou vous inscrirez) votre enfant en centre de loisirs : semaines par an

Si votre enfant ne participe pas à des activités de loisirs à l'extérieur, vous pouvez si vous le souhaitez nous en donner les raisons (choix familial, état de santé, nécessité d'une tierce personne, difficultés de transport...):

.....

.....

.....

3. AUTONOMIE DE VOTRE ENFANT

- **En référence à son âge et au regard de son handicap, quels sont les actes pour lesquels votre enfant n'est pas autonome ?**

.....

.....

.....

- **Quelles sont les réponses déjà apportées pour faire face à ces difficultés ?**

.....

.....

.....

- **Si votre enfant nécessite un accompagnement de vie dans l'établissement scolaire, précisez-le dans votre demande.**

Les éventuels besoins d'accompagnement de vie scolaire seront évalués par l'équipe éducative au sein de l'école, afin de préciser l'emploi du temps de l'enfant et la nature de l'aide souhaitée.

Si votre enfant n'est pas encore scolarisé, précisez dans votre demande les besoins que vous estimez nécessaires.

4. DEPLACEMENT ET TRANSPORT ADAPTE

- **Votre enfant rencontre-t-il des difficultés pour utiliser un transport collectif public/privé ordinaire, ou individuel ordinaire, en raison de son handicap ?**

OUI NON

Si OUI, quelle(s) en est(ont) la (les) raison(s) et pour quel (s) déplacement (s) ?

.....

.....

Si OUI indiquez les lieux de déplacement et leur fréquence

Lieu (quartier) : Fréquence par semaine :

Lieu (quartier) : Fréquence par semaine :

Lieu (quartier) : Fréquence par semaine :

5. FRAIS SUPPLEMENTAIRES (VOIR NOTICE EXPLICATIVE PARAGRAPHE 4)

Le handicap de votre enfant entraîne-t-il des frais mensuels supplémentaires non pris en charge par votre assurance maladie (CAFAT, aide médicale, mutuelle...)?

OUI NON

Si vous faites une demande d'aide, merci de compléter le tableau ci-dessous et de joindre les justificatifs.

Nature des frais	Montant (par mois)	Financeurs sollicités	Montants obtenus	Reste à votre charge
Couches				
Para-pharmacie				
Alimentation spécifique				
Autres				

