



COMPLÉMENT D'INFORMATIONS CONCERNANT LES ENFANTS HANDICAPÉS

Enfant ou jeune concerné

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom de l'établissement fréquenté :

Classe et durée hebdomadaire de scolarisation :

Nom de l'enseignant référent :

Représentants légaux de l'enfant

Nom et prénom du père : Date de naissance du père :

Adresse :

Nom et prénom de la mère : Date de naissance de la mère :

Adresse :

1. Parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social

Identification de la (ou des) demande(s)	Première demande	Renouvellement	Date d'échéance du droit ouvert
Orientations scolaires			
AVS (Auxiliaire de vie scolaire)			
AVU (Auxiliaire de vie universitaire)			
Matériel pédagogique adapté			
Mobilier adapté			
Transport scolaire			
Aménagement d'examens			
Aménagement de la scolarité			
CLIS (Classe d'intégration scolaire)			
ULIS (Unité localisée pour l'inclusion scolaire)			
EGPA (Enseignement général professionnel adapté)			
Classe ordinaire			
Orientations médico-sociales			
SESSAD (Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile)			
SAAAIS (Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire)			
SSEFIS (Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration sociale)			
IME (Institut médico-éducatif)			
ITEP (Institut éducatif, thérapeutique et pédagogique)			
IEM (Institut d'éducation motrice)			
IES (Institut d'éducation sensorielle) déficience visuelle			
IES (Institut d'éducation sensorielle) déficience auditive			
Etablissement accueil temporaire			
SAFT (Service d'accueil familial thérapeutique)			
Autre			

Le régime de prise en charge souhaité pour un établissement médico-social : internat
 accueil à la journée

L'établissement scolaire souhaité :

FO-MDPH-071-003

2. Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de son complément

Demande : AEEH complément
 première demande renouvellement révision si changement de situation

Modalités d'accueil de votre enfant

Votre enfant est-il en internat ? non oui, depuis le

Type d'accueil : crèche assistante maternelle halte-garderie garde à domicile
 famille d'accueil établissement service d'accueil familial thérapeutique
 autre (à préciser) :

Durée de l'accueil : nombre d'heures par jour : nombre de jours par semaine :
 nombre de jours par mois : nombre de jours par an :

Présence d'une personne auprès de votre enfant

Du fait du handicap de votre enfant, avez-vous dû renoncer TOTALEMENT à votre activité professionnelle ? Père : oui non Mère : oui non

Si non, quelle est votre quotité hebdomadaire de temps de travail ?

	50 %	80 %	100 %	Autre
Père				
Mère				

Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne en raison de la situation de votre enfant : quel est son temps hebdomadaire de travail ?

Si ces interventions sont irrégulières, veuillez estimer le nombre d'heures annuelles :

Si le handicap génère des frais supplémentaires, merci de bien vouloir, selon le cas, compléter soit la partie E page 5 du formulaire de demande ou le questionnaire relatif à l'autonomie.

Questionnaire relatif à l'autonomie de l'enfant

Merci également de compléter le questionnaire relatif à l'autonomie de l'enfant joint ou disponible sur notre site : www.mdph35.fr

Souhaitez-vous bénéficier d'une étude comparative entre l'allocation et ses catégories de complément (AEEH) et la Prestation de compensation du handicap (PCH) ? oui non

Demande de carte

carte d'invalidité ou de priorité première demande renouvellement
 carte européenne de stationnement première demande renouvellement

Fait à, le
Signature du (des) représentant(s)
légal (légaux) de l'enfant