



QUESTIONNAIRE RELATIF À L'AUTONOMIE DE L'ENFANT

Vous avez sollicité auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) d'Ille-et-Vilaine **une Allocation d'éducation de l'enfant handicapé, un complément de cette allocation et/ou la Prestation de compensation du handicap pour votre enfant.**

Nous vous remercions de bien vouloir compléter le plus précisément possible ce questionnaire qui a été élaboré par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH.

Il est destiné à faciliter l'étude des besoins et des droits de votre enfant.

1. Renseignements administratifs

N° allocataire : CAF MSA
 Nom de l'enfant : Prénom :
 Date de naissance :
 N° téléphone fixe : Portable :

2. Prise en charge de votre enfant

	Nom de la structure Adresse	Temps de présence par semaine - en jours ou en heures - nombre de nuits
Crèche ou halte garderie		
Etablissement scolaire		
Etablissement médico-social		
Hôpital de jour		
Dispositif d'accueil temporaire		
Assistante maternelle		
Autre tierce personne embauchée*		

*Exemple : auxiliaire de vie sociale, travailleuse familiale...Préciser ses fonctions et son lieu d'intervention. S'il s'agit d'un professionnel paramédical non pris en charge par l'assurance maladie, fournir une prescription médicale.

3. Activité professionnelle des parents

Travaillez-vous ? Si oui, à quelle quotité de travail ?

Mère : oui% non Père : oui% non

Du fait de la situation de handicap de votre enfant, avez-vous modifié votre temps de travail ?

Mère : oui non Père : oui non

Si oui, depuis quand ?

A quelle quotité ?

Pour quel motif ?

FO-MDPH-0711-009

En cas de congé parental d'éducation ou de présence parentale, reprendrez-vous une activité professionnelle à cette fin de congé ?

Mère : oui non Père : oui non

Si oui, à quelle quotité ?

Quelle sera la date de reprise ?

4. Frères et sœurs : préciser leur prénom et leur date de naissance

Prénom : Date de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Prénom : Date de naissance :

5. Votre enfant a-t-il besoin d'une aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne ?

	Aide partielle A détailler	Aide totale A détailler	Temps que vous y consacrez	Temps d'intervention d'une tierce personne (autre que parent)
Toilette	*	*		
Habillage et déshabillage	*	*		
Prise de repas	*	*		
Elimination	*	*		
Transfert et déplacement à l'intérieur	*	*		
Transfert et déplacement à l'extérieur	* **	* **		

* A détailler

** Quelle distance votre enfant peut-il parcourir seul et sans aide technique ?

6. Votre enfant a-t-il besoin d'une surveillance particulière dans la vie quotidienne ?

oui non

Si oui, préciser laquelle et dans quelles situations ?

.....
.....
.....

7. Communication

Votre enfant a-t-il besoin d'un interprète ? oui non

Si oui, préciser à quels moments, pour quelle durée ?

.....
.....
.....

8. Des soins nécessaires à votre enfant sont-ils effectués par vous-même, lui-même, ou une autre personne ?

oui non

Si oui, compléter le tableau ci-dessous :

Soins concernés (consultation, rééducation, traitement répété de longue durée...)	Nature	Fréquence	Durée	Lieu	Soins assurés par la personne elle-même, vous-même, une autre personne

9. Etes-vous amené(s) à intervenir la nuit auprès de votre enfant ?

oui non

Si oui, préciser pourquoi et la fréquence des interventions :

.....
.....
.....

10. Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier ?

oui non

Préciser les contraintes que cela entraîne : horaires particuliers, interdiction de certains aliments, fréquence particulière des repas, produits spéciaux... Indiquer la personne qui prépare les repas et les lieux où ils sont pris :

.....
.....
.....

11. Les loisirs de votre enfant entraînent-ils pour vous des surcoûts en raison de son handicap ? (il s'agit des activités extérieures et des vacances)

oui non

Merci de préciser et de fournir les devis ou les justificatifs faisant apparaître les surcoûts :

.....
.....
.....

Consacrez-vous beaucoup de temps à ces activités ?

oui non

Si oui, préciser :

.....
.....

12. Les transports de votre enfant entraînent-ils pour vous des surcoûts en raison de son handicap ?

oui non

Si oui, compléter le tableau ci-dessous :

Nature du déplacement	Nombre de kms Aller	Fréquence	Transport assuré par la famille, un prestataire*, autres

* Joindre un devis justificatif.

13. Le handicap de votre enfant entraîne-t-il pour vous d'autres surcoûts ?

oui non

Si oui, compléter le tableau ci-dessous :

Type de surcoût	Montant	Fréquence	Financements déjà obtenus pour cette dépense (autre que par la Mdp)	Financement qu'il reste à votre charge
Usure prématurée des vêtements	*			
Couches - protections	*			
Para-pharmacie	*			
Aide animalière	*			
Matériel éducatif	*			
Assurance spécifique	*			
Autre (préciser)	*			

* Joindre pour ces dépenses des justificatifs ou une déclaration sur l'honneur.

