

Comment faire une demande à la MDPH ?



Dans quels cas pouvez-vous faire une demande à la MDPH ?



La MDPH est la maison départementale des personnes handicapées.
Vous faites les demandes liées à votre handicap à la MDPH du département où vous habitez.



La MDPH peut vous aider si vous avez des difficultés à cause de votre handicap.

Par exemple :

- la MDPH peut vous aider si vous avez besoin de l'aide d'un service à domicile
- la MDPH peut vous aider si vous avez besoin d'aller vivre dans un établissement d'hébergement.
Par exemple, un foyer d'hébergement.
- la MDPH peut vous aider pour aller à l'école
- la MDPH peut vous aider pour travailler.



La MDPH ne s'occupe pas de donner toutes les aides.

La MDPH s'occupe seulement de donner les aides liées au handicap.

Par exemple, si vous avez besoin d'aide pour payer votre loyer vous ne faites pas la demande d'aide à la MDPH même si vous êtes handicapé.

Vous faites une demande d'aide au logement à la CAF.

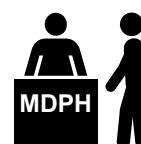
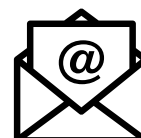
La CAF est la caisse d'allocations familiales.

Avant de faire une demande vous pouvez avoir des renseignements à la MDPH

Un médecin ou un professionnel
vous ont dit de faire une demande d'aide à la MDPH.
Vous pouvez demander des renseignements à la MDPH
avant de faire votre demande.

Pour avoir des renseignements :

- vous pouvez téléphoner
- vous pouvez écrire un mail
- vous pouvez écrire un courrier
- vous pouvez aussi vous déplacer à la MDPH.
Une personne à l'accueil de la MDPH
peut vous renseigner.



Si vous écrivez un mail ou un courrier,
dans votre mail ou votre courrier, vous donnez :

- votre nom et votre prénom
- votre adresse mail si vous en avez une
- votre numéro de téléphone
- votre numéro de dossier si vous en avez un et si vous le
connaissez.

Avant de vous déplacer, téléphonez à la MDPH
ou regardez sur son site internet
pour connaître les horaires d'ouverture.

Vous devez remplir un dossier de demande

Pour faire une demande à la MDPH vous devez :

- remplir un dossier de demande
- demander à votre médecin de remplir un certificat médical
- et donner des documents en plus.

Il y a un certificat médical fourni par la MDPH.


Tous les médecins doivent remplir le certificat médical fourni par la MDPH.

Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document obligatoire et essentiel pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

A l'attention du médecin

 Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande à la MDPH.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

* « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

(Article L. 144 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005)

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical. Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Tous ces documents font partie de votre dossier.

Vous pouvez demander le dossier et le certificat médical à la MDPH ou vous pouvez les trouver sur internet.



Comment remplir le dossier de demande ?

DEMANDE À LA MDPH

Article R146-26 du code de l'action sociale et des familles
La MDPH, c'est la Maison départementale des personnes handicapées.
Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.
Ce formulaire se déploiera progressivement sur le territoire national entre le 1^{er} septembre 2017 et le 1^{er} mai 2019.
À cette date, il se substituera définitivement au formulaire Cerfa 13780*01.

À qui s'adresse ce formulaire ?

Ce formulaire s'adresse à la personne présentant un handicap.
Si la personne concernée a moins de 18 ans, ses parents sont invités à répondre pour elle.
Si la personne de plus de 18 ans a une mesure de protection, son tuteur répond avec elle ou son curateur l'accompagne dans sa demande.

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez vous adresser à l'accueil de la MDPH.

Vous allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes. En fonction des conditions prévues par la réglementation, vous pourrez peut-être bénéficier des droits suivants :

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments	Renouvellement d'allocation compensatrice (ACTP ou ACFP)
Allocation aux adultes handicapés (AAH) voire un de ses compléments	Projet personnalisé de scolarisation – parcours et aides à la scolarisation
Carte mobilité inclusion (anciennes cartes d'invalidité de priorité et de stationnement pour personnes handicapées)	Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle
Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants/adultes	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
Prestation de compensation du handicap (PCH)	Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

Que dois-je remplir ?

<input type="checkbox"/> C'est ma première demande à la MDPH <input type="checkbox"/> Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé <input type="checkbox"/> Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits	Remplissez tout le formulaire pour exprimer l'ensemble de vos besoins. Vous avez aussi la possibilité de préciser les droits et prestations que vous souhaitez demander en remplissant la partie E.
<input type="checkbox"/> Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé	Remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire.
<input type="checkbox"/> Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins	Votre aidant familial peut remplir la partie F.

Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

Oui Dans quel département : N° de dossier :

Il y a plusieurs parties dans le dossier de demande. Ces différentes parties ont des couleurs différentes. En fonction de votre situation, vous devez remplir certaines parties.

Vous pouvez être dans différentes situations

- 1) C'est votre première demande d'aide à la MDPH
- 2) Vous avez déjà une aide de la MDPH. Cette aide va s'arrêter et vous voulez continuer à avoir cette aide
- 3) Vous avez déjà une aide de la MDPH et vous voulez que la MDPH regarde une nouvelle fois votre situation parce qu'elle a changé

1) C'est votre première demande d'aide à la MDPH

Vous devez remplir la partie sur votre identité.

C'est la partie bleue avec la lettre A.

A Votre identité		Renseignements obligatoires	
A1 Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande			
Sexe :	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	
Nom de naissance :	Nom d'époux/se ou d'usage :		Date de naissance :
Prénoms :			/ /
Nationalité :	<input type="checkbox"/> Française	<input type="checkbox"/> Espace Économique Européen ou Suisse	<input type="checkbox"/> Autre
Commune de naissance :	Département :		
Pays de naissance :	<input type="checkbox"/> France	<input type="checkbox"/> Autre, préciser :	

Vous devez aussi remplir la partie sur votre vie quotidienne.

C'est la partie verte avec la lettre B.

B Votre vie quotidienne

Si vous avez besoin d'aide ou si votre enfant a besoin d'aide à l'école vous devez aussi remplir la partie sur la vie scolaire.

C'est la partie violette avec la lettre C.

C Vie scolaire ou étudiante

Si vous avez besoin d'aide pour avoir un travail ou garder un travail

vous devez aussi remplir la partie sur votre situation professionnelle.

C'est la partie bleue avec la lettre D.

D Votre situation professionnelle

Dans le dossier de demande,
il y a des parties avec des pointillés pour écrire du texte.
Vous êtes libre d'écrire ce qui est important pour vous à cet endroit.

N'hésitez pas à écrire ce dont vous avez envie.

Vous pouvez aussi expliquer vos difficultés
dans votre vie.

Par exemple, à la maison, au travail ou à l'école.

B Votre vie quotidienne	Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée
<p data-bbox="288 902 1339 969">Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie quotidienne, indiquez-les ici :</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

**2) Vous avez déjà une aide de la MDPH.
Cette aide va s'arrêter et vous voulez
continuer à avoir cette aide**

Vous devez remplir la partie sur votre identité.
C'est la partie bleue avec la lettre A.

A Votre identité

Vous devez aussi remplir la partie E.
C'est la partie verte avec la lettre E.

E Expression des demandes de droits et prestations

3) Vous avez déjà une aide de la MDPH et vous voulez que la MDPH regarde une nouvelle fois votre situation parce qu'elle a changé

Vous devez remplir la partie sur votre identité.
C'est la partie bleue avec la lettre A.

A Votre identité

Vous devez aussi remplir la partie sur votre vie quotidienne.
C'est la partie verte avec la lettre B.

B Votre vie quotidienne

Vous pouvez aussi remplir la partie sur la vie scolaire si vous avez besoin d'aide ou si votre enfant a besoin d'aide à l'école.
C'est la partie violette avec la lettre C.

C Vie scolaire ou étudiante

Vous pouvez aussi remplir la partie sur votre situation professionnelle si vous avez besoin d'aide pour avoir ou garder un travail.
C'est la partie bleue avec la lettre D.

D Votre situation professionnelle

Dans le dossier de demande,
il y a des parties avec des pointillés pour écrire du texte.

Vous êtes libre d'écrire ce qui est important pour vous à cet endroit.

N'hésitez pas à écrire ce dont vous avez envie.

Vous pouvez aussi expliquer vos difficultés
dans votre vie de tous les jours, au travail ou à l'école.

B Votre vie quotidienne	Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée
<p data-bbox="290 875 1337 943">Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie quotidienne, indiquez-les ici :</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Une personne de votre famille vous aide au quotidien

Dans toutes les situations si une personne de votre famille vous aide au quotidien elle peut donner des informations dans votre dossier sur l'aide qu'elle vous apporte. Elle peut dire quels sont ses besoins.

La personne de votre famille qui vous aide au quotidien peut remplir la partie rose avec la lettre F. Remplir cette partie n'est pas obligatoire.

F Vie de votre aidant familial

Quels documents devez-vous donner ?

Vous devez compléter le dossier de demande et donner des documents pour que votre dossier soit complet.

Vous devez donner :

■ un certificat médical



Un certificat médical est un document écrit par votre médecin.

Votre médecin explique dans ce document vos difficultés liées à votre handicap et vos problèmes de santé.



Il y a un modèle de certificat médical qu'il faut utiliser et donner à votre médecin.

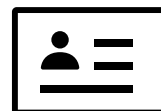
Demandez le modèle de certificat médical à la MDPH en même temps que le dossier de demande.

Vous pouvez aussi avoir le modèle de certificat médical sur internet.

■ une photocopie de votre carte d'identité si vous êtes français



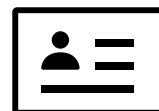
Une carte d'identité est un document officiel qui dit qui vous êtes.



- **une photocopie de votre titre de séjour si vous n'êtes pas français ou suisse ou si vous ne venez pas d'un pays de l'union européenne.**



Un titre de séjour est un document officiel.
Ce document dit que vous avez le droit de vivre en France.



- **un justificatif de domicile.**



Un justificatif de domicile est un document officiel où il y a votre adresse.
Par exemple, une facture d'électricité.

- **la photocopie du jugement si un juge a pris une mesure de protection pour vous aider parce que vous êtes handicapé.**



Une mesure de protection est une décision prise par un juge pour vous aider :

- à bien utiliser votre argent
- à faire vos papiers
- à prendre des décisions importantes.

Par exemple : vendre votre appartement ou vous marier sont des décisions importantes.

Le juge choisit une personne pour vous aider.
Cette personne est votre curateur ou votre tuteur.



Vous pouvez aussi donner d'autres documents.

Vous donnez d'autres documents s'ils sont utiles à la MDPH pour comprendre les difficultés que vous avez à cause de votre handicap.

Par exemple, vous cherchez un travail adapté à votre handicap et vous faites une formation.



La formation vous sert à progresser dans votre travail ou à apprendre un métier différent.

Après une formation, vous pouvez faire plus de choses qu'avant ou vous faites mieux les choses.

Vous pouvez mettre dans votre dossier un document avec les notes que vous avez eues pendant la formation et les commentaires de vos formateurs.

Comment votre médecin doit-il remplir le certificat médical fourni par la MDPH ?

Vous devez demander au médecin qui connaît bien votre handicap de remplir le certificat médical fourni par la MDPH.



Vous pouvez dire à votre médecin qu'il y a un document pour aider les médecins à remplir le certificat médical. Votre médecin peut avoir ce document sur internet sur le site : www.cnsa.fr.

Il est très important que votre médecin explique dans le certificat médical les difficultés que vous avez dans votre vie à cause de votre handicap.

Si vous êtes malvoyant ou aveugle

Vous devez demander au médecin qui connaît bien votre handicap de remplir le certificat médical fourni par la MDPH.



Vous devez demander à votre ophtalmologue de remplir un autre document fourni par la MDPH qui s'appelle : Compte rendu type pour un bilan ophtalmologique pour un bilan ophtalmologique.

The image shows a screenshot of a medical certificate form titled 'Volet 2'. It is a 'Compte rendu type pour un bilan ophtalmologique à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées'. The form includes fields for Name, Surname, Age, and Date. It has sections for 'Anamnèse visuelle avec recroisement', 'Examen ophtalmologique', and 'Bilan fonctionnel des troubles visuels sur la vie personnelle, sociale et/ou professionnelle'. The form contains numerous checkboxes for 'Oui', 'Non', 'Pas de réponse', 'Amélioration', 'Stabilité', and 'Aggravation'. It also includes a section for 'Difficultés dans l'accès à l'information' and 'Autres difficultés'.



Un ophtalmologue est un médecin qui s'occupe des yeux.

Si vous êtes malentendant ou sourd



Si vous êtes malentendant ou sourd vous devez demander au médecin qui connaît bien votre handicap de remplir le certificat médical fourni par la MDPH.

Vous devez demander au médecin qui s'occupe de vos oreilles de remplir un autre document fourni par la MDPH qui s'appelle :
Compte rendu type pour un bilan auditif.

Volet 1

Compte rendu type pour un bilan auditif à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : / / _____ Date du bilan : / / _____

1 - Description de la déficience auditive

La déficience auditive est-elle congénitale ? Oui Non

Si oui, à quel âge et avec quelle cause ? - Age au diagnostic : _____ - Age au premier appareillage : _____

La déficience auditive est-elle évolutive ? Oui Non

Si oui, quelles sont les déficiences associées ? _____

Degré de surdité basé conventionnellement selon les critères de classification du BAP (évaluation basée sur l'audiogramme en silence)

OD Normal Léger Moyen Sévère Profond
OC Normal Léger Moyen Sévère Profond

Centrale (prothèse) Localisée (cochlear) Implantable Appareillage Sans défiler

Si centralisation possible : Dans quel délai ? _____ Coût moyen ? _____

Signes associés

Vertiges, troubles équilibre et latéralité _____

Troubles, troubles linguistiques et latéralité _____

Hypersensibilité, troubles équilibre et latéralité _____

Appareillage auditif : OD Oui Non OC Oui Non Date de l'appareillage actuel : / / _____

Si implant cochléaire, préciser : latéralité OD OC Date d'implantation : / / _____

2 - Modes de communication utilisés (ou quantifiés) (indiquer réponse possible)

Oral LIP LSP Tactile Français signé Autre Ecriture braille ou braille Autre communication codée

Post-gestuelle Autre, préciser : _____

Nécessité d'un accès à une salle technique (interprète, lecture ou codage LPC) Oui Non

Préciser le type de salle : _____

Communication orale possible au téléphone avec appareillage Oui Non

Communication écrite possible au téléphone avec appareillage Oui Non

3 - Retenement fonctionnel des troubles auditifs sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

A _____ le _____ Coût _____

Signature : _____

Comment donner votre dossier à la MDPH ?

Une fois que votre dossier de demande est complet :

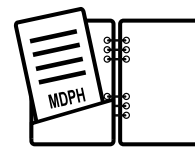
- vous l'envoyez par courrier à la MDPH du département où vous habitez
- ou vous le déposez directement à l'accueil de la MDPH du département où vous habitez.



La MDPH vous envoie ensuite un papier qui dit que vous avez déposé un dossier.

Ce papier s'appelle un accusé de réception.

Vous devez garder l'accusé de réception. C'est un papier important.



S'il manque des documents obligatoires dans votre dossier vous recevrez un courrier de la MDPH pour vous demander d'autres documents.

Comment se passe l'étude de votre demande ?

Pour savoir comme se passe l'étude de votre dossier lisez la fiche

Comment la MDPH étudie votre demande ?



Comment recevez-vous la réponse à votre demande ?

Vous recevez la réponse par courrier.



Ce courrier s'appelle une notification.

Votre notification est le courrier où est écrit ce que la CDAPH vous donne ou vous refuse.



La CDAPH est la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Cette commission est composée de personnes :

- du département
- de l'État
- des caisses de sécurité sociale : l'Assurance maladie et la CAF.

La CAF est la caisse d'allocations familiales.

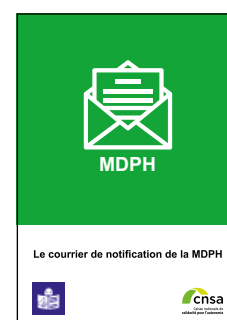
- d'associations de personnes handicapées et de familles.

Cette commission se réunit à la MDPH pour prendre des décisions sur les demandes des personnes handicapées.



Pour en savoir plus,
lisez la fiche

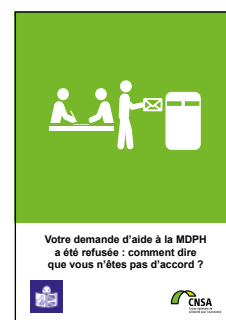
Le courrier de notification de la MDPH.



Si vous n'êtes pas d'accord avec la réponse de la MDPH vous pouvez le dire.

Pour en savoir plus,
lisez la fiche

**Votre demande d'aide à la MDPH a été refusée :
comment dire que vous n'êtes pas d'accord ?**



Fiche en facile à lire et à comprendre réalisée avec Élisabeth Bachelot,
Louis Jurine, Laurena Marcaurrelle, Béatrice Santarelli et Arnaud Toupense.

© Logo européen Facile à lire: Inclusion Europe. Plus d'informations
sur le site inclusion-europe.eu

À qui transmettre ce formulaire ?

Quelle est votre ville ou code postal ?

Exemple : Sainte-Cécile-les-Vignes ou 95200

FOSSES (95470)|



Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) - Val-d'Oise



Bâtiment H

Conseil départemental du Val d'Oise

CS 20201 Cergy

95032 Cergy-Pontoise Cedex



Du Lundi au Mercredi : de 08h00 à 12h00 et de 13h30 à 17h00

Le Vendredi : de 08h00 à 12h00 et de 13h30 à 17h00



<https://www.mdpv.valdoise.fr/>



maisonduhandicap@valdoise.fr

Le formulaire est disponible uniquement en français.

La démarche est gratuite.

Vous devez obligatoirement accompagner ce formulaire des justificatifs suivants :

- Certificat médical de moins de 1 an
- Photocopie recto/verso d'un justificatif d'identité (pièce d'identité ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France)
- Photocopie d'un justificatif de domicile (pour les personnes hébergées par un tiers : justificatif de domicile et attestation sur l'honneur de l'hébergeant)
- Attestation de jugement en protection juridique si vous êtes sous protection juridique

D'autres justificatifs peuvent être réclamés en fonction de votre demande. La nature de ces justificatifs est précisée sur le formulaire.

L'ensemble des documents (formulaire et justificatifs) doit être envoyé à la MDPH de votre lieu de résidence, de préférence par lettre recommandée avec avis de réception.

La réponse à votre demande intervient dans un délai de 4 mois. Si vous ne recevez pas de réponse à la fin d'un délai de 4 mois, votre demande est considérée comme rejetée.



[Accéder au formulaire](#)

DEMANDE À LA MDPH

Article R 146-26 du code de l'action sociale et des familles

La MDPH, c'est la Maison départementale des personnes handicapées.

Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.

Ce formulaire se déploiera progressivement sur le territoire national entre le 1^{er} septembre 2017 et le 1^{er} mai 2019.

À cette date, il se substituera définitivement au formulaire Cerfa 13788*01.



MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

À qui s'adresse ce formulaire ?

Ce formulaire s'adresse à la personne présentant un handicap.

Si la personne concernée a moins de 18 ans, ses parents sont invités à répondre pour elle.

Si la personne de plus de 18 ans a une mesure de protection, son tuteur répond avec elle ou son curateur l'accompagne dans sa demande.

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez vous adresser à l'accueil de la MDPH.

Vous allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes. En fonction des conditions prévues par la réglementation, vous pourrez peut-être bénéficier des droits suivants :

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments

Renouvellement d'allocation compensatrice (ACTP ou ACFP)

Allocation aux adultes handicapés (AAH) voire un de ses compléments

Projet personnalisé de scolarisation – parcours et aides à la scolarisation

Carte mobilité inclusion (anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées)

Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle

Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants/adultes

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

Que dois-je remplir ?

C'est ma première demande à la MDPH

Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé

Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits

Remplissez tout le formulaire pour exprimer l'ensemble de vos besoins. Vous avez aussi la possibilité de préciser les droits et prestations que vous souhaitez demander en remplissant la partie E

Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé

Remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire

Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins

Votre aidant familial peut remplir la partie F

Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

Oui

Dans quel département :

N° de dossier :

A1 Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Sexe : Homme Femme

Nom de naissance : Nom d'époux/se ou d'usage :

Prénoms : Date de naissance : / /

Nationalité : Française Espace Économique Européen ou Suisse Autre

Commune de naissance : Département :

Pays de naissance : France Autre, préciser :

Si vous avez résidé à l'étranger, précisez votre date d'arrivée en France : / /

Complément d'adresse (si besoin précisez le nom de la personne qui vous héberge) :

Adresse (numéro et rue) :

Code postal : Commune : Pays :

Téléphone : Adresse e-mail :

Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté par la MDPH ? E-mail Appel téléphonique SMS Courrier

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez son nom :

Organisme payeur de prestations familiales/RSA : CAF MSA Autre N° d'allocataire :

Organisme d'assurance maladie : CPAM MSA RSI Autre (préciser) :

Votre numéro de Sécurité Sociale : Si c'est votre enfant qui est concerné par la demande, indiquer son numéro de sécurité sociale :

A2 Autorité parentale, délégation d'autorité parentale ou tutelle (pour les mineurs)

Qui exerce l'autorité parentale : Parent 1 ou représentant légal 1 Parent 2 ou représentant légal 2

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse (numéro et rue) :

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Pays :

Téléphone :

Adresse e-mail :



En cas de séparation des parents, de délégation d'autorité parentale ou de tutelle, joindre une photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale

A3

Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH

Vous acceptez que nous contactions ces personnes afin de mieux évaluer votre situation

Un proche

Une association

Autre

Nom de l'association (si pertinent) :

Nom et prénom de la personne :

N° et rue :

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Adresse e-mail :

A4

Vous bénéficiez d'une mesure de protection

Représentant légal 1

Représentant légal 2 (le cas échéant)

Type de mesure de protection
(tutelle, curatelle, curatelle renforcée,
habilitation familiale) :Nom de l'organisme
(si pertinent) :

Nom de la personne :

Date de naissance :

N° et rue :

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Adresse e-mail :

A5

Vous pensez être dans une situation nécessitant un traitement rapide de votre demande

Merci de cocher si vous pensez être dans une des situations suivantes :

Vous n'arrivez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous

Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir

Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement

Vous risquez rapidement de perdre votre travail

Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation

Date d'entrée prévue :

/ /

Expliquer la difficulté :

.....

.....

.....

Vous arrivez dans moins de 2 mois à la fin de vos droits (ex : AEEH, AAH, PCH, RQTH, etc...)

Indiquez le(s) droit(s) concerné(s) et la ou les date(s) d'échéance :

.....

.....

Nom :

.....

Prénom :

.....

3/20



- Un certificat médical de moins de 6 mois prévu pour les demandes MDPH
- Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal (Pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France)
- Une photocopie d'un justificatif de domicile (Pour les enfants, joindre le justificatif de domicile du représentant légal ; pour les personnes hébergées par un tiers : justificatif de domicile et attestation sur l'honneur de l'hébergeant)
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

J'ai rencontré des difficultés pour faire remplir mon certificat médical par le médecin. Préciser :

.....
.....

Le : / /

Signature :

- Signature :
- De la personne concernée
 - De son représentant légal
 - Des deux parents (pour les mineurs)

J'accepte, que la MDPH, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels qui m'accompagnent, en application de l'article L241-10 du code de l'action sociale et des familles.

ou

Je n'accepte pas que la MDPH échange avec les professionnels qui m'accompagnent, et je m'engage à répondre à toute information complémentaire nécessaire à la MDPH.

En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.

Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée si je suis dans un des cas suivants :

- Renouvellement d'un droit ou d'une prestation, lorsque ma situation n'a pas évolué,
- Reconnaissance des conditions nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de l'aidant d'une personne handicapée,
- Attribution d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH),
- Situation d'urgence.


Dans ce cas, je ne pourrai pas être reçu(e) par la CDAPH.

Les informations que vous donnez sont confidentielles. La loi vous donne le droit d'être reçu par la CDAPH.

La CDAPH, c'est la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Créée par la loi 2005-102 du 11 février 2005, elle prend les décisions d'attribution des droits aux personnes avec un handicap sur la base de l'évaluation et des propositions de la MDPH. **Une évaluation approfondie va maintenant être réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous recontactera si nécessaire. Nous vous conseillons de conserver une copie de ce formulaire.**

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. »
(Article L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal)

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

**Vous recevrez par courrier
une réponse à votre
demande dans environ**  **4 Mois**

MDPH

Accueil physique :

Accueil téléphonique :

B1 Votre vie quotidienne

Vous vivez : Seul(e) En couple Avec vos parents (ou l'un d'entre eux) Avec vos enfants (ou l'un d'entre eux)

Autre situation, précisez :

Où vivez-vous ?

Vous avez un logement indépendant et

vous êtes : propriétaire locataire

Dans un établissement médico social
ou de soin (préciser le nom, le type et le lieu)

Vous êtes hébergé(e) au domicile

(pensez à indiquer son nom et son adresse dans le bloc A1) :

De vos parents
(ou l'un d'entre eux)

De vos enfants
(ou l'un d'entre eux)

D'un(e) ami(e)

D'un autre membre
de votre famille

D'une famille d'accueil

Autre situation, précisez :

Avez-vous déjà eu ?

Un accident causé par un tiers

Un accident du travail

Un autre accident, précisez :

Suite à cet accident y a-t-il une demande d'indemnisation en cours ou ayant abouti ?

Oui

Non

Si oui, auprès de quel organisme :

Aide financière et ressources

Vous recevez les aides, ressources et/ou prestations suivantes :

Allocation aux adultes handicapés (AAH)

Revenu de solidarité active (RSA)

Allocation chômage versée par Pôle Emploi

Allocation de solidarité spécifique (ASS)

Dans les 12 mois précédant votre demande, avez-vous perçu :

Un revenu d'activité

Des indemnités journalières

Un revenu issu d'une activité en ESAT

Du : ____ / ____ / ____ Au : ____ / ____ / ____

Pension d'invalidité :

1^{re} catégorie

2^e catégorie

3^e catégorie depuis le :

____ / ____ / ____

Autres pensions de ce type : (pension des deux tiers, d'incapacité, etc...)

Majoration tierce personne

Allocation supplémentaire d'invalidité

Rente d'accident ou maladie professionnelle

Prestation complémentaire de recours à tierce personne

Retraite pour inaptitude dans la fonction publique ou retraite anticipée depuis le :

____ / ____ / ____

Taux d'IPP (Incapacité Permanente Partielle) :

____ %



- Justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité
- Copie de la décision de rente d'accident du travail ou maladie professionnelle

Pension de retraite

Vous êtes retraité(e) depuis le :

____ / ____ / ____

Vous êtes bénéficiaire de l'ASPA (Allocation de Solidarité pour les Personnes Agées)

Vous avez demandé une pension de retraite

Vous êtes bénéficiaire de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

Nom :

Prénom :

**Aide technique,
matériel ou
équipement**Aménagement
de logementAides techniques (préciser) :
ex : barre d'appui, déambulateur...

Autres :

Aménagement
de véhicule

Aides animalières

Aide à la personne
(avec quelqu'un
qui aide)

Votre famille

Professionnel de soins à domicile

Un accompagnement médico-social

Autres :

Présence d'une personne auprès de l'enfant

Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ? Oui Non

Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le temps de rémunération : heures par semaine.

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : heures.

Si vous travaillez à temps partiel, veuillez préciser la quotité : %.

Frais liés au handicap et restant à charge

Indiquez les frais non remboursés ou, le cas échéant, remboursés partiellement par votre assurance maladie ou mutuelle complémentaire.

Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions

B2**Vos besoins dans la vie quotidienne**

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.

Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap ;
- S'il s'agit d'un enfant, précisez seulement ses besoins, et non ceux du/des parent(s) ;
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière ;
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis. Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH qui vous rencontrera si nécessaire.

Besoin pour la vie à domicilePour régler les dépenses courantes
(loyer, énergie, habillement, alimentation...)Pour gérer son budget et répondre aux
obligations (démarches administratives
assurances, impôts...)Pour l'hygiène corporelle
(se laver, aller aux toilettes)Pour s'habiller
(mettre et ôter les vêtements, les choisir...)

Pour faire les courses

Pour préparer les repas

Pour prendre les repas

Pour faire le ménage et l'entretien des
vêtementsPour prendre soin de sa santé
(suivre un traitement, aller en consultation ...)

Autre besoin, préciser :

Besoin pour se déplacer

Pour se déplacer dans le domicile

Pour utiliser un véhicule

Pour sortir du domicile ou y entrer

Pour utiliser les transports en commun

Pour se déplacer à l'extérieur du domicile

Pour partir en vacances

Utilisez-vous les transports adaptés proposés localement pour vous déplacer ?

Oui

Non

Autre situation, préciser :

Besoin pour la vie sociale

Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre

Pour s'occuper de sa famille

Pour avoir des activités sportives et des loisirs

Pour être accompagné(e) dans la vie
citoyenne (ex : aller voter, vie associative...)

Pour les relations avec les autres

Pour assurer sa sécurité

Autre besoin, préciser :

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

Vivre à domicile

Une aide pour se déplacer

Un accueil temporaire en
établissement

Vivre en établissement

Du matériel ou équipement

Une aide animalière

Un aménagement
du lieu de vieUne aide financière pour des
dépenses liées au handicapRéaliser un bilan des capacités
dans la vie quotidienneUne aide humaine :
quelqu'un qui aideUn accompagnement pour
l'adaptation / réadaptation à la
vie quotidienneUne aide financière afin
d'assurer un revenu minimum
(dans ce cas, compléter également
la partie D)

Autre attente, préciser :

Avez-vous déjà identifié un établissement ou un service d'accueil,
d'accompagnement ou de soin qui pourrait répondre à vos attentes ?

Oui

Non

Si oui lequel /
lesquels :

Êtes-vous en contact

Oui

Non

Êtes-vous en contact

Oui

Non

Nom :

Prénom :

7/20

C1 Situation scolaire

Si l'enfant est actuellement scolarisé, est-ce :

En milieu ordinaire

À domicile

Avec accompagnement par un service de soin ou un établissement médico-social

En temps partagé entre l'établissement médico-social et le milieu ordinaire ou domicile

En temps partagé entre le service de soin et le milieu ordinaire

En formation supérieure

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

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

Depuis le : / /

Autre, préciser :

.....

Si l'enfant est placé en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie, l'État ou l'aide sociale ?

Oui

Non

Si l'enfant n'est actuellement pas scolarisé :

Il est trop jeune

Il est sans solution d'accueil en établissement scolaire, universitaire ou médico-social

À partir de quand sera-t-il scolarisé ?

Préciser :

.....

.....

Autre, préciser :

.....

Si vous êtes étudiant ou en apprentissage :

Type d'études :

.....

Diplôme(s) obtenu(s) :

.....

Diplôme(s) préparé(s) :

.....

Nom de l'établissement :

.....

Rue :

.....

Ville :

.....

Depuis le : / /

.....

.....

Votre parcours étudiant ou d'apprentissage :

Année(s)	Établissement(s)

Vous disposez actuellement d'accompagnements ou de soins :

Soins hospitaliers

Soins en libéral

Autre, préciser :

Vous disposez actuellement d'adaptations des conditions matérielles :

Aménagements et adaptations pédagogiques

Outils de communication

Matériel informatique et audiovisuel

Matériel déficience auditive

Matériel déficience visuelle

Mobilier et petits matériels

Transport

Autre, préciser :

Vous disposez actuellement d'une aide humaine aux élèves handicapés :

Si oui, préciser laquelle :

Emploi du temps actuel (accompagnement et soins, lieux...) :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matinée							
Midi							
Après-midi							
Soirée/nuit							

C2 Les besoins dans la vie scolaire / étudiante

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.
Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap ;
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière ;
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis. Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH qui vous rencontrera si nécessaire.

Besoins en lien avec les apprentissages

Pour lire

Pour écrire, prendre des notes

Pour calculer

Pour comprendre, suivre les consignes

Pour organiser, contrôler son travail

Pour l'utilisation du matériel

Autre, préciser :

Besoins pour communiquer

Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre

Pour les relations avec les autres

Pour assurer sa sécurité

Autre, préciser :

Besoins pour l'entretien personnel

Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes)

Pour s'habiller
(mettre et ôter des vêtements)

Pour les repas (manger, boire)

Pour prendre soin de sa santé

Autre, préciser :

Besoins pour se déplacer

Pour se déplacer à l'intérieur des locaux

Pour se déplacer à l'extérieur des locaux

Pour utiliser les transports en commun

Autre, préciser :

Nom :

Prénom :

C3 Les attentes en matière de vie scolaire / périscolaire / étudiante

Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :

Une adaptation de la scolarité

Une orientation scolaire différente

Une aide humaine

Une aide matérielle

Un accompagnement pour une réadaptation / une rééducation

Une prise en charge par un établissement sans hébergement

Une prise en charge par un établissement avec hébergement

Autre, préciser :

Avez-vous déjà identifié un établissement scolaire, universitaire ou médico-social qui pourrait répondre à vos attentes ? Si oui, lequel ?

Avez-vous déjà pris contact avec cet établissement ?

Oui

Non

Pour les enfants scolarisés, les attentes sont précisées dans un document appelé le «GEVASco». Le GEVASco, c'est un guide de recueil de données que vous remplissez avec le directeur d'établissement (première demande) ou l'enseignant référent (réexamen). Vous pouvez demander au directeur de l'école les coordonnées de votre enseignant référent.



Pour les enfants scolarisés joindre impérativement le formulaire GEVASco pour toute demande de renouvellement d'aide pour la scolarisation et si possible pour toute première demande à ce propos.

Si vous n'avez pas pu prendre contact avec votre enseignant référent, indiquez pourquoi :

Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie scolaire, étudiante ou apprentissage, indiquez-les ici :

D1 Votre situation

Vous avez un emploi depuis le : / /

En milieu ordinaire En entreprise adaptée
En milieu protégé (Établissements
et services d'aide par le travail – ESAT)

Votre type d'emploi :

CDI CDD Interim Contrat aidé

Votre employeur :

Nom :

Adresse :

Stagiaire de la formation professionnelle

Rémunéré : Oui Non

Préciser le nom
de l'organisme :

Travailleur indépendant. Régime :
.....

Votre emploi :

..... Temps complet
..... Temps partiel



Si temps partiel, fournir une copie du
contrat de travail

Est-il adapté à votre handicap ? Oui
..... Non, préciser :

Quelles sont les difficultés liées à votre handicap ?

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

Vous bénéficiez ou avez bénéficié d'un accompagnement pour conserver votre emploi :

Par un service de santé au travail Par le Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs
handicapés (SAMETH)



Fiche d'aptitude ou d'inaptitude du médecin de santé au travail ou dernière fiche de visite médicale
auprès du médecin de santé au travail.

Des aménagements ont été réalisés sur votre poste de travail. Préciser lesquels :

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

Vous êtes actuellement en arrêt de travail depuis le : / /

Arrêt maladie avec indemnités journalières

Arrêt suite à un accident du travail ou une
maladie professionnelle

Arrêt maladie sans indemnités journalières

Congé maternité / congé d'adoption / autres

Avez-vous rencontré un professionnel du
service social de votre caisse de retraite ? Non Oui, le / /

Avez-vous rencontré le médecin de santé au
travail en visite de pré-reprise ? Non Oui, le / /

Nom :

Prénom :

D2 Votre parcours professionnel

Merci de préciser vos expériences professionnelles, y compris les stages et structures d'insertion. Vous pouvez joindre un CV :

Année(s)	Intitulé du poste	Nom de l'entreprise	Temps plein ou partiel	Motif de fin d'activité
Exemple : 1998	Hôtesse de caisse	E Leclerc	Temps partiel	Fin du CDD
6 mois				

<p>Votre niveau de qualification :</p> <p> <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Supérieur </p> <p>Dernière classe fréquentée : <input style="width: 150px;" type="text"/></p>	<p>Vos formations :</p> <p>Si vous avez suivi une (des) formation(s) professionnelle(s), précisez laquelle / lesquelles :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>
--	---

Diplômes obtenus :
 Merci de préciser votre / vos dernier(s) diplôme(s)

Diplôme	Année d'obtention	Domaine

Si vous avez déjà effectué un bilan (compétences, module d'orientation professionnelle - MOP, pré-orientation...), précisez l'année et l'organisme :

E1 Demandes relatives à la vie quotidienne

Les droits et les prestations délivrés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sont soumis à certaines conditions, notamment liées à l'âge :

Vous avez moins de 20 ans :

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Carte mobilité inclusion - Mention invalidité

(le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou priorité

Carte mobilité inclusion - Mention Stationnement

Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

Vous avez plus de 20 ans :

Allocation aux adultes handicapés (AAH). Dans ce cas, compléter également la partie D.

La loi prévoit que la MDPH est obligée d'évaluer le droit à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et à l'orientation professionnelle lorsqu'une demande d'AAH est formulée. (Sous certaines conditions, le droit à l'AAH peut être ouvert avant l'âge de 20 ans.)

Complément de ressources

Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) pour adultes

Maintien en établissement ou service médico-social (ESMS) au titre de l'amendement Creton

Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) (en cas de renouvellement ou de révision)

Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP) (en cas de renouvellement ou de révision)

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Carte mobilité inclusion - Mention invalidité

(le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou priorité

Carte mobilité inclusion - Mention Stationnement

Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

E2 Demandes relatives à la vie scolaire

Parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social. Préciser éventuellement votre demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Demandes relatives au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle (Dans ce cas, compléter aussi la partie D)

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Orientation professionnelle

Centre de rééducation professionnelle (CRP), Centre de pré-orientation (CPO) ou Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS)

Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)

Marché du travail Avec accompagnement par le dispositif Emploi accompagné

« Le dispositif emploi accompagné propose un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle du travailleur handicapé et à son employeur. Peuvent être bénéficiaires de ce dispositif les travailleurs handicapés :

- ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
- accueillis dans un établissement ou service d'aide par le travail ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
- déjà en emploi en milieu ordinaire de travail, rencontrant des difficultés particulières pour sécuriser leur insertion professionnelle. »

Bénéficiez vous de l'Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) ?

Dans ce cas il vous est inutile d'effectuer une demande de RQTH car l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés vaut RQTH.

Vous bénéficiez de l'OETH si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;
- Titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;
- Ancien militaire ou assimilé, titulaire d'une pension militaire d'invalidité à condition que votre invalidité ait réduit de deux tiers votre capacité de travail ou de gain ;
- Veuve ou orphelin de victime militaire de guerre ou de titulaire de pension militaire d'invalidité (sous certaines conditions) ;
- Titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;
- Titulaire de la carte mobilité inclusion comportant la mention invalidité ;
- Titulaire de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

Par ailleurs certaines orientations professionnelles valent RQTH. Ainsi, il vous est inutile d'effectuer une demande de RQTH si vous bénéficiez d'une orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées vers un Établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle – CRP). »

Vous venez de formuler une demande de droits et prestations.

Conformément à la loi du 11 février 2005, l'équipe de la MDPH peut proposer à la décision de la CDAPH, sur la base de l'examen de votre situation et de l'expression de vos besoins, l'ouverture de droits complémentaires.

Ce feuillet est facultatif. Il s'adresse à l'aidant familial de la personne en situation de handicap. L'aidant familial, c'est une personne de l'entourage qui aide la personne en situation de handicap au quotidien. Si plusieurs aidants familiaux souhaitent exprimer leurs besoins, remplissez une feuille pour chacun. Vous pouvez expliquer à la MDPH l'aide que vous apportez actuellement à la personne en situation de handicap et vous pouvez exprimer vos attentes et vos besoins.

F1 Situation et besoins de l'aidant familial

Nom de l'aidant :

Prénom de l'aidant :

Date de naissance : / /

Adresse de l'aidant :

Nom de la personne aidée :

Votre lien avec la personne en situation de handicap :

Vivez-vous avec la personne en situation de handicap : Non Oui, depuis le / /

Êtes-vous actuellement en emploi : Oui Non Réduction d'activité liée à la prise en charge de la personne aidée

Nature de l'aide apportée :

- | | |
|---|--|
| Surveillance / présence responsable | Coordination des intervenants professionnels |
| Aide aux déplacements à l'intérieur du logement | Gestion administrative et juridique |
| Aide aux déplacements à l'extérieur | Gestion financière |
| Aide pour entretenir le logement et le linge | Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.) |
| Aide à l'hygiène corporelle | Aide à la communication et aux relations sociales |
| Aide à la préparation des repas | Aide au suivi médical |
| Aide à la prise de repas | |

Autre, préciser :

Qui participe avec vous à l'accompagnement de la personne aidée ?

Un (des) professionnel(s) Un (ou plusieurs) autre(s) proche(s) Je suis le seul aidant du demandeur

Êtes-vous soutenu dans votre fonction d'aidant ?

Non Oui, préciser :

En cas d'empêchement, avez-vous une solution pour vous remplacer ? Oui, laquelle : Non

Vous êtes ou serez prochainement dans l'une des situations suivantes :

Éloignement géographique (déménagement...)

Problème de santé

Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation...)

Changement majeur dans la situation professionnelle

Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite...)

Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épuisement, avancée en âge...)

Autre, préciser :

F2 Vos attentes en tant qu'aidant familial

Pouvoir vous reposer au quotidien

Obtenir une contrepartie financière

Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin

Échanger avec d'autres aidants

Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu

Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche

Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances

Avoir un soutien psychologique

Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle

Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche

Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux

Être affilié gratuitement à l'assurance vieillesse

Autre, préciser :

Avez-vous éventuellement déjà identifié un service ou une structure qui pourrait répondre à vos attentes?
Si oui, lequel / laquelle :

Vous souhaitez mieux connaître les dispositifs et aides existants :

Pour vous

Pour la personne aidée

Autres renseignements que vous souhaiteriez nous communiquer concernant votre vie d'aidant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature de l'aidant :

Comprendre et bien remplir le certificat médical de la MDPH



Guide pour l'utilisation du certificat médical à destination de la Maison départementale des personnes handicapées



Les coordonnées des MDPH sont disponibles sur www.cnsa.fr

L'essentiel des conseils pour un certificat médical bien rempli

Les informations apportées par le certificat médical que vous remplissez vont permettre à la MDPH d'évaluer efficacement la situation de votre patient, pour lui apporter les réponses les plus adaptées à sa situation (voir l'encadré « Quelques repères sur l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH »).

Compléter le diagnostic et les éléments cliniques avec des informations sur les retentissements dans la vie quotidienne. Les informations sur la seule pathologie ne sont pas suffisantes pour évaluer la situation de votre patient. Il est important de préciser :

- ⇒ les difficultés rencontrées dans les différents domaines de la vie (communication, entretien personnel, mobilité, etc.), les compensations si elles existent ;
- ⇒ les difficultés rencontrées au quotidien dans le cadre familial, social et professionnel ;
- ⇒ la régularité ou le caractère fluctuant des troubles ;
- ⇒ les informations sur la nature et la posologie des thérapeutiques doivent être complétées avec une description des contraintes et des effets secondaires éventuellement présentés.

Joindre des comptes-rendus médicaux, paramédicaux, apporter des informations complémentaires au certificat : comptes-rendus récents d'hospitalisations, de consultations spécialisées ou de prises en charge paramédicales (psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, etc.).

Un certificat complémentaire doit être rempli lorsque certaines déficiences ont des répercussions dans la vie de votre patient :

- ⇒ Certificat complémentaire ORL ou ophtalmologique, en cas de déficiences sensorielles (volets 1 et 2).

Certificat médical simplifié

Cette rubrique doit être utilisée seulement si les deux conditions suivantes sont remplies :

- ⇒ Vous avez déjà rempli un certificat médical pour personne handicapée pour ce patient.
- ⇒ Et, depuis ce dernier ce certificat, le retentissement fonctionnel déjà décrit n'a pas évolué.

⚡ Toute information sur l'évolution de la situation de votre patient est utile et peut avoir une importance pour l'accès à un nouveau droit pour ce patient.

En quoi consiste l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ?

L'équipe pluridisciplinaire a besoin d'informations variées pour évaluer de façon pertinente la situation d'une personne, identifier ses besoins, élaborer les réponses pouvant être apportées, appliquer les critères réglementaires d'éligibilité et fixer les durées des droits ouverts.

Cette évaluation est globale. Elle porte sur différentes dimensions et aborde notamment les déficiences, les limitations d'activités et leurs retentissements dans la vie quotidienne, sociale, scolaire ou professionnelle de la personne, en tenant compte de son environnement.

Le diagnostic de la pathologie à l'origine du handicap est important à prendre en compte car il permet notamment d'avoir des éléments de pronostic et de rattacher les déficiences et incapacités à un tableau clinique connu. Toutefois ce diagnostic ne permet pas une évaluation du handicap, celui-ci variant avec le retentissement fonctionnel, le stade évolutif, les thérapeutiques mises en œuvre avec leurs contraintes ou effets secondaires.

Cette approche permet de s'adapter à la diversité des situations. Deux personnes atteintes d'une même pathologie peuvent, en fonction du retentissement fonctionnel, se voir reconnaître un taux d'incapacité et des propositions d'aides différents.

Comment se déroule cette évaluation ?

En fonction de la situation, l'évaluation peut s'effectuer sur la base des documents transmis par la personne, dont le certificat médical, ou nécessiter un rendez-vous ou une visite à domicile.

Cette évaluation s'inscrit dans la continuité du parcours de soins et d'accompagnement de la personne en situation de handicap. Elle n'a pas vocation à poser, confirmer ou infirmer un diagnostic et s'appuie pour une grande part sur les bilans et examens déjà réalisés.

Comment remplir ce certificat ?

Ce certificat est utilisable pour des enfants ou des adultes de tout âge, quelles que soient les pathologies ou les déficiences.

- ⇒ Il vous appartient de compléter les différentes rubriques en détaillant les spécificités liées à la situation de votre patient, en utilisant si nécessaire les zones de texte libres.
- ⇒ Dans certains cas, un certificat complémentaire est nécessaire : certificat ophtalmologique en cas de déficiences visuelles ou ORL en cas de déficiences auditives.
- ⇒ Il est utile de joindre au certificat médical que vous avez complété, des comptes rendus récents d'hospitalisation, de consultations spécialisées ou de prises en charges paramédicales (bilan de psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, etc.).

La durée de validité de ce certificat médical est de 6 mois. Dans le cas d'un handicap susceptible d'une évolution rapide, l'équipe pluridisciplinaire peut demander un certificat d'une durée de validité inférieure.

Informations complémentaires

- ⇒ Toute personne a accès à l'ensemble des informations médicales la concernant y compris aux documents contenant des informations médicales détenues par un organisme chargé d'une mission de service public, même non médicale (article L 1111-7 du code de santé publique).
- ⇒ L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH constitue une équipe de soins. Le partage et les échanges d'informations, y compris pour les données à caractère médical, sont dorénavant possibles au sein de cette équipe (Article L. 1110-4 introduit par la loi de modernisation de notre système de santé, articles R. 1110-1 et suivants et D. 1110-3-4 du code de santé publique).

Rubriques concernant la pathologie, l'histoire de la pathologie et la description clinique

- ⇒ **Indiquer les pathologies**, accidents ou anomalies congénitales à l'origine du handicap.
- ⇒ **Mentionner l'origine** et l'ancienneté des troubles et préciser les antécédents, en rapport ou non avec le handicap, notamment lorsqu'ils ont eu un impact sur l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle de la personne (hospitalisations répétées ou prolongées, arrêts maladies répétés, prises en charges thérapeutiques lourdes, etc.).
- ⇒ **Décrire la symptomatologie** ayant un retentissement sur la situation de la personne en indiquant la fréquence de ces signes cliniques (troubles de l'alimentation ou sphinctériens, troubles cognitifs ou psychiques, hypersensibilité sensorielle, etc.) et **préciser les éventuels symptômes associés** (douleur, asthénie, retentissement psychique, etc.) qui peuvent aussi avoir un retentissement à prendre en compte.

Les perspectives d'évolution sont un élément d'information important qui peut avoir un impact sur les critères d'éligibilité ou la durée d'attribution des prestations.

- ↳ *Les répercussions de ces différents signes cliniques et déficiences dans la vie de la personne seront à indiquer à la rubrique concernant le retentissement fonctionnel.*

Rubrique concernant les déficiences sensorielles

Une description par un spécialiste est obligatoire s'il y a des répercussions d'une atteinte auditive ou d'une atteinte visuelle dans la vie de votre patient.

Outre les audiogrammes tonal et vocal ou l'acuité visuelle, ces certificats médicaux complémentaires permettent de préciser le retentissement fonctionnel et les troubles associés qui peuvent être présents.

Des bilans fonctionnels réalisés par d'autres professionnels de santé peuvent aussi être joints (par exemple le bilan fonctionnel réalisé par un orthoptiste ou un ergothérapeute spécialisé en réadaptation basse vision).

Rubrique concernant les traitements

Cette rubrique permet de détailler les traitements, prises en charge thérapeutiques ou appareillages, en prêtant une attention particulière à leurs conséquences sur la vie de ce patient :

- ⇒ Effets secondaires.
- ⇒ Contraintes liées à l'éloignement des lieux de soins, aux modalités de traitement, à la fréquence ou à l'organisation des prises en charge.
- ⇒ Difficultés d'adaptation ou d'utilisation des appareillages, etc.

Il peut arriver que ce soient uniquement les contraintes liées aux prises en charge (hospitalisation de jour répétée, éloignement des lieux de soins, etc.) ou les effets secondaires des traitements qui aient des conséquences sur la vie de la personne.

- ↳ *La partie « projet thérapeutique » est principalement à compléter lorsqu'un nouveau traitement ou un changement de protocole est envisagé mais pas encore mis en place. Il est utile de préciser le délai envisagé pour cette évolution de la prise en charge thérapeutique.*
- ↳ *N'hésitez pas à apporter des commentaires.*

Rubrique concernant le retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Les différents items de cette rubrique permettent de préciser les conséquences de l'état de santé de ce patient sur ses activités habituelles et sa participation à la vie sociale.

Ces données relatives aux limitations d'activités, qu'elles soient liées aux différentes déficiences et manifestations cliniques, aux symptômes associés, aux contraintes liées aux traitements ou aux prises en charges, etc., vont contribuer à identifier les besoins du patient et permettront à l'équipe pluridisciplinaire de proposer des éléments de compensation.

Plusieurs domaines d'activités dans lesquels des retentissements peuvent être constatés sont évoqués. Pour chaque activité, il est important de tenir compte de la capacité physique mais aussi des fonctions supérieures (mentale, cognitive ou psychique) pour réaliser les activités concernées.

L'échelle de cotation est à remplir en fonction des informations dont vous disposez. Elle permet de donner des indications sur le niveau et le type de retentissement. Toutefois certaines activités peuvent être difficiles à évaluer. Cela peut être le cas, par exemple, des activités portant sur la communication, la cognition et les aspects relationnels. Cela peut aussi concerner le retentissement sur la vie sociale et familiale (y compris le cas échéant, la vie affective et sexuelle), la scolarité, l'accès ou le maintien dans l'emploi ou le suivi de formations.

- ↳ *Toute indication de l'existence de difficulté est à communiquer. L'équipe pluridisciplinaire approfondira ces questions si nécessaire.*
- ↳ *Toutes les personnes ne seront pas concernées par l'ensemble des rubriques, il vous est simplement demandé dans la mesure du possible de décrire ce dont vous avez connaissance.*

Rubrique concernant les remarques ou observations complémentaires

L'objectif est de vous permettre de compléter les informations et de donner votre avis sur les difficultés de ce patient, ses besoins, les réponses pouvant être apportées et le cas échéant de mieux s'articuler avec les prises en charges initiées ou envisagées. Cette rubrique vous permet notamment :

- ⇒ De faire état des spécificités de la pathologie ou de la situation de ce patient si elles n'ont pas pu être indiquées dans les rubriques précédentes.
- ⇒ De préciser les solutions utiles mises ou à mettre en place et pouvant améliorer sa situation (intervention humaine, aide technique, aménagement du logement, etc.).

Il ne s'agit toutefois pas de vous prononcer sur l'octroi d'une prestation, les décisions relevant de la compétence de la MDPH en application de la réglementation en vigueur.

Rubrique concernant les coordonnées et signature

Atteste de la validité du certificat transmis à la MDPH comme pièce réglementaire de la demande.

- ↳ *Si ce patient ne s'y oppose pas, cela permettra, en cas de besoin, au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de reprendre contact avec vous.*

Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)



Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document obligatoire et essentiel pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

A l'attention du médecin



Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande à la MDPH.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. **Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.**

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ?	Oui	Non
Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ?	Oui	Non
La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ?	Oui	Non

* « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

(Article L. 144 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005)

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical. Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je soussigné Docteur Date :
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation
de M. ou Mme
depuis mon précédent certificat.

Signature :

A l'attention du patient



Merci d'aider votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° d'immatriculation
sécurité sociale :

N° de dossier
auprès de la MDPH :

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDPH ?

A joindre à ce document

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs. Ces documents sont à joindre par le médecin et/ou le patient.



1. Pathologie motivant la demande

! Questions obligatoires

! Une pièce jointe est attendue

Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

Éléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité...) :

2. Histoire de la pathologie motivant la demande

Origine, circonstances d'apparition : !

Congénitale Maladie Accident vie privée
Accident du travail Maladie professionnelle

Date d'apparition :

A la naissance Depuis moins de un an
Depuis 1 à 5 ans Depuis plus de 5 ans

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :

Pour un enfant, indiquer la présence éventuelle d'un retard dans les acquisitions principales (développement psychomoteur, langage...) :

3. Description clinique actuelle

Poids : kg Taille : cm Latéralité dominante avant handicap : Droite Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :	Latéralité dominante avant handicap :		
	Permanents	Réguliers > 15 j par mois	ponctuel < 15 j par mois

Précisions :

Perspective d'évolution globale :

Stabilité

Incapacité fluctuante

Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)

Aggravation

Evolutivité majeure

Non définie



Comptes-rendus joints. Préciser :

Par exemple, bilan des Centres de Ressources Autisme, questionnaire sur le handicap psychique, bilan UEROS, etc...

4. Déficiences sensorielles



En cas de **déficience auditive** avec un retentissement significatif, joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (**Volet 1 du cerfa n°15695*01**)

Observations :



En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (**Volet 2 du cerfa n°15695*01**)

Observations :

5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne.

Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée :

Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :

Effets secondaires du traitement :

Autres contraintes si connues (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale et/ou professionnelle...) :

Régime alimentaire :

Autre prise en charge concernant les soins :

Hospitalisations itératives ou programmées
Suivi médical spécialisé

Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser)
Autres

Fréquence

Précisions :

Prise en charge sanitaire régulière**Fréquence****Suivis pluridisciplinaires :****Modalité de suivi**

Ergothérapeute

Infirmière

Kinésithérapeute

Orthophoniste

Orthoptiste

Psychologue

Psychomotricien

Autre

CMPP (Centre Médico
Psycho-Pédagogique)CMP
(Centre Médico Psychologique)CATTP (Centre d'Accueil
Thérapeutique à Temps Partiel)

Hôpital de jour

Autre

Projet thérapeutique :**Type d'appareillage :****Corrections auditives :**

Unilatérale

Bilatérale

Appareillage

Implant

Aide à mobilité

Déambulateur

Canne

Orthèse, prothèse (préciser)

Fauteuil roulant électrique

Fauteuil roulant manuel

Autre préciser (Ex : Scooter, ...) :

Appareillage visuel :

Télé-agrandisseur

Terminal-braille

Logiciel de basse vision

Loupe

Logiciel de synthèse vocale

**Alimentation /
Élimination :**

Gastro ou jéjunostomie d'alimentation

Stomie digestive d'élimination

Sonde urinaire

Stomie urinaire

Aides respiratoires :

Trachéotomie

O2

Appareil de ventilation (préciser)

Aide à la parole

Prothèse phonatoire

Autre appareillage :

Précisions (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) :

6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Déplacement : périmètre de marche

Modalités d'utilisation des aides techniques			Fréquence d'utilisation		
Cannes	En intérieur	En extérieur			
Déambulateur	En intérieur	En extérieur			
Fauteuil roulant manuel	En intérieur	En extérieur			
Fauteuil roulant électrique	En intérieur	En extérieur			
Ralentissement moteur :	Oui	Non	Besoin de pauses :	Oui	Non
Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :			Oui	Non	

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne et, **pour les enfants, par comparaison avec une personne du même âge.**

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

A	B	C	D	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

Mobilité, manipulation / Capacité motrice

Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement

	A	B	C	D	NSP
Marcher :					
Se déplacer à l'intérieur :					
Se déplacer à l'extérieur :					
Préhension main dominante :					
Préhension main non dominante :					
Motricité fine :					

Précisions :

Communication

	A	B	C	D	NSP
Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :					
Utiliser le téléphone :					
Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...) :					
Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) avec appareillage	Oui		Non		

Précisions :



Cognition / Capacité cognitive

A B C D NSP

Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace...

Orientation dans le temps :

Orientation dans l'espace :

Gestion de la sécurité personnelle :

Maîtrise du comportement :

Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

Conduite émotionnelle et comportementale (Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale) :

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et familiale (insuffisante gestion des situations à risque, mise en danger...):

Oui	Non	NSP
-----	-----	-----

La personne sait-elle :

Lire	Ecrire	Calculer	NSP
------	--------	----------	-----

Entretien personnel

A B C D NSP

Toilette, habillage, continence, alimentation...

Faire sa toilette :

S'habiller, se déshabiller :

Manger et boire des aliments préparés

Couper ses aliments :

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :

Précisions (si incontinence, si supervision ou stimulation nécessaire...):

Vie quotidienne et vie domestique

Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches...
NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge



Prendre son traitement médical :

Gérer son suivi des soins :

Faire les courses :

Préparer un repas :

Assurer les tâches ménagères :

Faire des démarches administratives :

Gérer son budget :

Autre (préciser) :

Précisions :

Retentissement sur vie sociale et familiale :

Situation familiale :

Vie familiale

Isolement

Rupture

Autre (préciser)

Présence d'un aidant familial :

Oui

Non

Quel est le lien de l'aidant avec la
personne en situation de handicap ?

Quel type d'intervention ?

Précisions :

Retentissement sur la scolarité et les études supérieures :

Retentissement sur l'emploi :



Avis du médecin du travail joint (si disponible)

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au
poste et/ou le maintien dans l'emploi :

Oui

Non

NSP

Si oui, préciser :

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la
recherche d'emploi ou le suivi de formation :

Oui



Non

NSP

Si oui, préciser :

7. Remarques ou observations complémentaires si besoin

8. Coordonnées et signature

Docteur : Médecin traitant : Oui Non
Identifiant RPPS :  Identifiant ADELI : 
Adresse postale :

Téléphone : Email :

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :

Fait à :

Signature du médecin

Signature du patient (non obligatoire)

Volet 1



cerfa
15695*01

Compte rendu type pour un bilan auditif à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Date du bilan :/...../.....

1 - Description de la déficience auditive

La déficience auditive est-elle congénitale? Oui Non

Sinon, à quel âge est elle apparue? - Âge au diagnostic: - Âge au premier appareillage:

La déficience auditive est-elle syndromique? Oui Non

Si oui, quelles sont les déficiences associées?

- Degré de surdité (sans correction) selon les critères de classification du BIAP:

(audiogramme tonal et vocal à compléter au verso)

OD: Normal Léger Moyen Sévère Profond

OG: Normal Léger Moyen Sévère Profond

Contexte évolutif: amélioration stabilité aggravation non définie

Si amélioration possible: Dans quel délai? Comment?

- Signes associés:

acouphènes, préciser fréquence et intensité:

vertiges, préciser fréquence et intensité:

hyperacousie, préciser fréquence et intensité:

- Appareillage auditif: OD: Oui Non Date de l'appareillage actuel:/...../.....

OG: Oui Non

Si Implant cochléaire, préciser le(s) côté(s): OD OG Date(s) d'implantation:/...../.....

2 - Modes de communication utilisés (au quotidien); plusieurs réponses possibles

Oral LPC LSF LSF Tactile Français Signé Écrit Écriture furtive ou fictive

Pictogrammes Autre, préciser : Aucune communication codée

Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC...) Oui Non

Préciser le type d'aide:

Communication orale possible au téléphone sans appareillage: Oui Non

avec appareillage (conventionnel ou implant): Oui Non

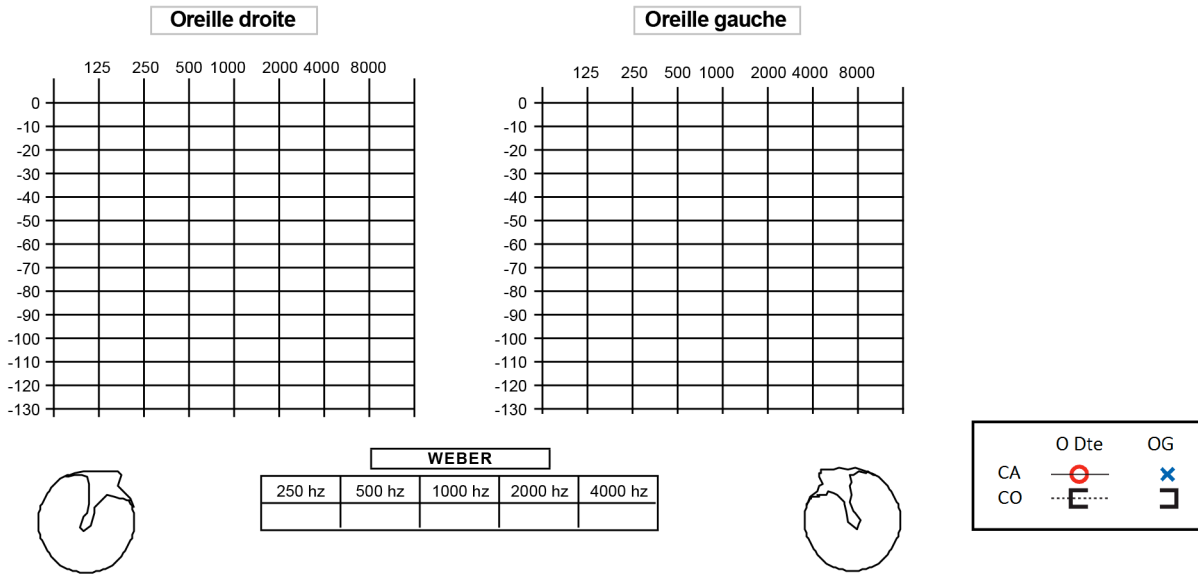
3 - Retentissement fonctionnel des troubles auditifs sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

À le

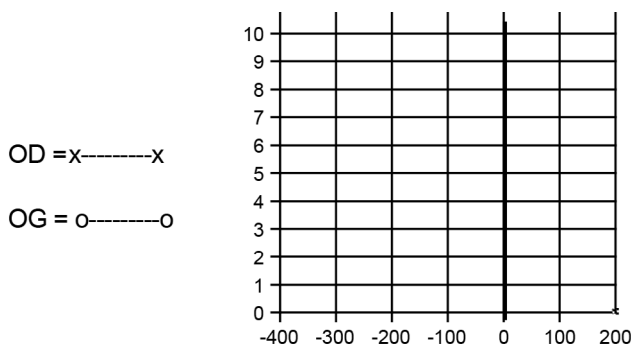
Cachet

Signature:

Audiométrie

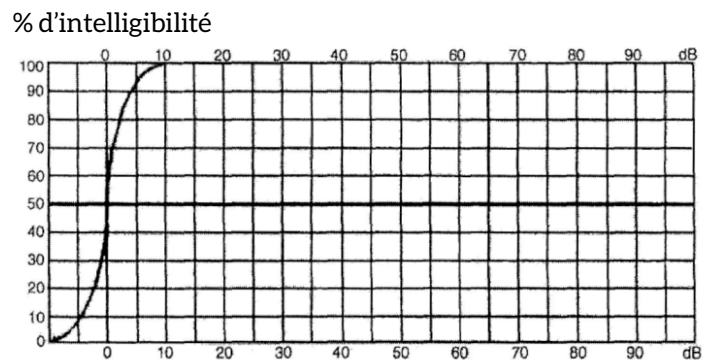


Tympanogramme



Test de Fournier

(listes de mots dissyllabiques) (sans appareillage ET avec appareillage conventionnel ou implant s'il existe)



Conséquences globales sur le plan du langage

- Élocution normale; niveau de langage normal.
- Niveau de langage normal et difficultés d'élocution relevant des aspects suivants:
 - perturbation du débit et du rythme, difficultés mélodiques et d'intonation;
 - troubles d'articulation liés à la surdité;
 - troubles de la voix, anomalies de la hauteur, du timbre, de l'intensité, voix nasonnée.
- Difficultés d'élocution comme le groupe précédent; retard de parole et/ou de langage avec notamment:
 - chute de la fin des mots et difficultés de prononciation des groupes consonantiques, mots déformés;
 - emploi peu fréquent des mots grammaticaux (articles, adverbes, conjonctions...), temps des verbes incorrects.
- Difficultés majeures d'élocution, troubles importants du langage ou absence d'expression acoustique de la parole; au mieux parole intelligible seulement pour la famille ou les professionnels de la rééducation.

Volet 2



cerfa
15695*01

Compte rendu type pour un bilan ophtalmologique à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées

Nom : Prénom : Âge :

Diagnostic principal :

Pathologies associées :

L'acuité visuelle de loin doit être mesurée avec la meilleure correction optique tolérée (en dehors de tout système optique grossissant) et transposée en système décimal. L'acuité visuelle de lecture doit être mesurée avec l'addition liée à l'âge et en lecture fluide.

Acuité visuelle avec correction :

Œil droit Œil gauche

- de loin (équivalent échelle de Monoyer)

- de lecture (équivalent échelle de Parinaud à 40 cm)

Remarque : les éléments suivants sont particulièrement importants à renseigner dans la mesure où ils apportent des éléments complémentaires sur l'importance de l'atteinte visuelle.

Le champ visuel binoculaire est-il normal? Oui Non (compléter le tracé au verso)

La vision des couleurs est-elle normale? Oui Non (préciser)

La sensibilité aux faibles contrastes est-elle normale? Oui Non (préciser)

Autres signes cliniques : (préciser)

• Nystagmus Oui Non

• Cécité nocturne Oui Non

• Diplopie Oui Non

• Présence d'hallucinoïses Oui Non

• Photophobie Oui Non

Évolution prévisible des troubles : amélioration stabilité aggravation non définie

Si amélioration : Dans quel délai ? Comment ?

Retentissement fonctionnel des troubles visuels sur la vie personnelle, sociale et/ou professionnelle : questionnaire pratique

• Difficultés dans : (cocher si nécessaire le besoin de tierce personne)

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--|
| - La lecture et l'écriture ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - La reconnaissance des visages à 1 m ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les gestes de la vie quotidienne ? (ex : préparation et prise des repas...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Utilisation du téléphone et appareils de communication ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Adresse gestuelle ? (ex : tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les déplacements intérieurs ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les déplacements extérieurs ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |

• Nécessité d'aides techniques spécialisées ? (optique, canne blanche, autres...) Oui Non

Préciser :

• Incompréhension des difficultés visuelles par les tiers ? Oui Non

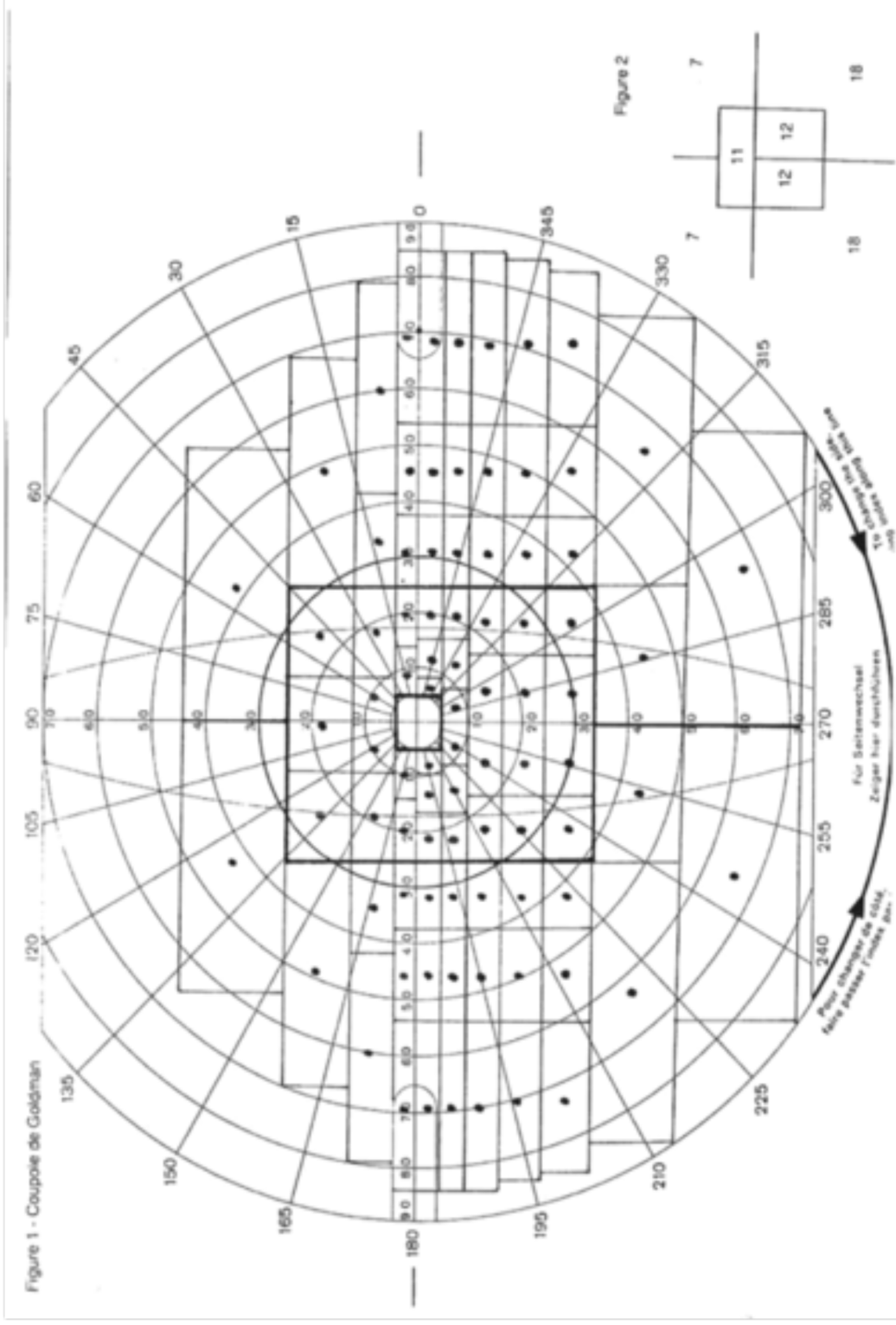
• Autres difficultés :

À le

Cachet

Signature :

À compléter si nécessaire - Champ visuel binoculaire (Champ visuel de Goldman III 4)




Le champ visuel binoculaire est apprécié à la coupole de Goldman avec le test III/4 sans dissociation des deux yeux (ou équivalent).



Mon projet de vie

Le projet de vie permet d'exprimer votre situation, votre handicap, les activités pour lesquelles vous avez besoin de soutien, les aides de mon entourage et vos attentes.

Pourquoi rédiger son projet de vie ?


 Vous trouverez l'emplacement de rédaction à la page 8 de la partie B du dossier MDPH : « Vous avez des renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie quotidienne, indiquez-les ici : ».

C'est un élément facultatif mais très important du dossier MDPH. Il permet de :

- Décrire les difficultés rencontrées dans les différents espaces : mon quotidien, ma scolarité, mon projet professionnel...
- Lister mes demandes et besoins de compensations liés au handicap : l'orientation en ESMS, les aménagements scolaires et/ou professionnels, les différents types d'aide (aide technique, aide humaine...) et allocations pour les dépenses liées au handicap.

Ce document doit être court (2-3 pages max) et mettre en avant les difficultés ressenties et les demandes faites (AAH, AEEH, CMI, dispositif emploi accompagné...) pour compenser le handicap. Chaque demande doit être argumentée.




C'est un écrit important car il permet à la MDPH de prendre en compte la singularité des parcours et besoins.

N'hésitez pas à vous faire aider, en contactant votre MDPH, des associations de famille ou des assistantes sociales de secteur.

Comme indiqué sur les dossiers MDPH, le besoin d'aide correspond à : « une aide humaine directe ou a **besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière.** »

Ces notions de stimulation, guidance et incitation sont souvent essentielles dans les besoins du quotidien et peuvent avoir des incidences non négligeables sur l'autonomie et qualité de vie de la personne.

En tant qu'aidant familial, il est important de percevoir l'enfant ou l'adulte dans des situations où il est seul pour enclencher, poursuivre et arrêter une activité, sans stimulation ou incitation..., afin de mieux percevoir sa réelle autonomie.



CONSEILS PRATIQUES POUR LA RÉDACTION

Exemple de présentation



Au vu des difficultés que je rencontre pour réaliser des activités qui correspondent à mon quotidien et mes aspirations, je souhaite que la MDPH examine mes demandes et qu'elle m'aide à trouver des solutions pour améliorer ma vie quotidienne, mon autonomie et réaliser mes projets.

Nom, prénom, adresse, âge, nombre de frères et sœurs, diagnostic(s).

▼ **Ma situation :**

Je suis célibataire, marié(e), pacsé(e), en concubinage

Je vis seul(e), en couple, avec mes enfants, chez mes parents

Je dispose d'un logement autonome, je suis hébergée chez, je vis au sein d'un ESMS, chez mes parents

Mes ressources actuelles sont/Je n'ai pas de ressource.

Mon niveau scolaire et de formation est

Mon expérience professionnelle (dont stages) est la suivante :

- Emploi de, durant,
- Emploi de, durant,

Mon dernier emploi s'est terminé le

▼ **Mon handicap / Mes comorbidités / Mes pathologie(s) associées :**

Mon handicap : TSA, diagnostiqué à la date du

Mes comorbidités : Dys, troubles alimentaires

Mes pathologies associées : SED, épilepsie, diabète

Aujourd'hui, voici les symptômes dont je souffre au quotidien :

-
-

▼ **Les activités pour lesquelles j'ai besoin de soutien :**

• J'ai besoin d'un soutien lors de mes déplacements :

• J'ai besoin d'un soutien dans ma vie quotidienne :

• J'ai besoin d'un soutien pour m'aider à communiquer avec les autres/Participer à des activités sportives

• J'ai besoin d'un soutien pour ma scolarité/Formation/emploi :

• J'ai besoin d'un soutien pour le suivi de ma santé :

> Autres :



▼ Mes aides actuelles :

- Je ne reçois pas d'aide.
- Je reçois de l'aide pour : stimulations, préparation et anticipation, accompagnement, interface de communication

Ces aides me sont actuellement apportées par : ma famille/ un(e) ami(e)/un professionnel/une aide à domicile/un service ou ESMS/je suis isolé(e).

▼ Mes attentes :

Pour que j'acquière une autonomie, il me faut un véritable accompagnement/Des ressources complémentaires/Des aménagements scolaires et/ou professionnels/Une aide pour mes déplacements

C'est pour ces raisons que je sollicite auprès de la CDAPH :

- AEEH/AAH pour me permettre
- PCH volet « aides humaines » et/ou « aide technique » et/ou « aide à l'aménagement du logement » et/ou « aide au transport » et/ou « aide spécifique ou exceptionnelle », afin de m'aider à financer
- CMI priorité ou invalidité et/ou CMI stationnement afin de faciliter
- AESH et aménagements scolaires
- Orientation en ESMS
- Dispositifs emploi/Accompagnement professionnel afin de m'aider

Etc.

> Autres :



Pour aller plus loin ...

- ➔ AARI, collectif GRAAF, Les Z'atypiques 74 : Guide à la rédaction du dossier MDPH pour favoriser l'accès aux aides des personnes autistes. Mai 2021
<https://www.paari.fr/mon-dossier-mdph-un-guide-dacces-aux-aides/>
- ➔ AFFA : Dossier pratique : Le nouveau formulaire MDPH.
<https://femmesautistesfrancophones.com/2019/06/29/nouveau-formulaire-mdph/>
- ➔ Association TOUPI :
<https://toupi.fr/aide-aux-demarches1/dossier-mdph/>
- ➔ Modèles projet de vie :
<https://toupi.fr/aide-aux-demarches1/dossier-mdph/projet-de-vie1/>
http://www.autisme-france.fr/offres/doc_inline_src/577/Projet_de_vie_Dossier_MDPH.pdf
<https://www.apaiser.org/aides/faire-une-demande-a-la-mdph/>
<https://unsed.org/media/PDF/exemple%20projet%20de%20vie%20mdph.pdf>



- ➔ Liens vidéos :
(Dossier MDPH TSA adultes)
https://www.youtube.com/watch?v=4KLybc-Q_r8
(Dossier MDPH pour handicap/pathologie somatique AP-HP)
<https://www.youtube.com/watch?v=NSaLMQFSAq8&feature=youtu.be>
(Dossier MDPH TSA enfants)
<https://www.youtube.com/watch?v=NSaLMQFSAq8>

- ➔ Dossiers CNSA :
<https://www.cnsa.fr/vous-etes-une-personne-handicapee-ou-un-proche/missions-et-fonctionnement-des-mdph>
https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_17-11_fiches-facilealire_mdph_comment-faire-demande.pdf
https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_17-11_fiches-facilealire_mdph_etude-demande.pdf
https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_17-11_fiches-facilealire_mdph_courrier-notification.pdf
https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_19-04_fiches-facilealire_voies-recours_mdph-demande-refusee.pdf

- ➔ Notice certificat medical MDPH :
<https://www.formulaires.service-public.fr/gf/getNotice.do?cerfaNotice=52154&cerfaFormulaire=15695>

- ➔ Transfert dossier :
<https://demarchesadministratives.fr/formulaires/demande-de-transfert-de-dossier-mdph>

- ➔ Allocations financières :
https://place-handicap.fr/IMG/pdf/cnsa_fiche_facilealire_8-aeeh-vf.pdf
https://place-handicap.fr/IMG/pdf/cnsa_fiche_facilealire_7-aah-vf.pdf
https://place-handicap.fr/IMG/pdf/cnsa_fiche_facilealire_6-pch_vf.pdf

- ➔ CMI :
https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_cmi_210x297_v3.pdf
https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_17-09_fiches-facilealire_cmi_toutsavoir.pdf
https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_17-09_fiches-facilealire_cmi_priorite.pdf
https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_18-01_fiches-facilealire_cmi_stationnement.pdf
https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_18-01_fiches-facilealire_cmi_invalidite.pdf
https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_18-01_fiches-facilealire_cmi_plus_de_60ansapa_demande_cmi.pdf
https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_18-01_fiches-facilealire_cmi_plus_de_60ans_demandeapa_demandecmi.pdf

Si vous souhaitez en discuter
avec un professionnel du CRAIF,
contactez-nous :
contact@craif.org
01 49 28 54 20

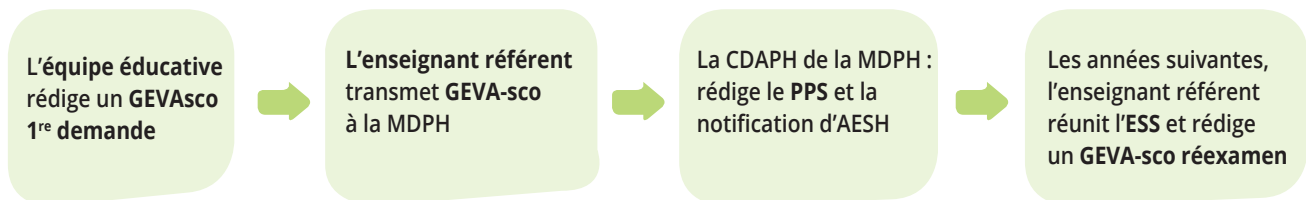




GEVAsco - ESS - Enseignant Référent (ERSH)

Votre enfant a des besoins spécifiques pour suivre sa scolarité. Vous avez, avec votre médecin, fait une demande de reconnaissance de handicap auprès de la MDPH et vous devez maintenant assister à une réunion de l'équipe éducative ou de l'Equipe de Suivi de Scolarisation pour remplir un « GEVAsco première demande » avec le directeur de l'école ou l'Enseignant Référent.

▼ Suivi du projet de scolarité



Guide d'ÉVALUATION des besoins de compensation en matière de Scolarisation

Cet outil de recueil de données permet de faire partager, à tous les partenaires (professionnels qui travaillent avec l'enfant ou l'ont observé à l'école), les éléments d'observation de l'élève en situation scolaire du point de vue de **ses activités d'apprentissage**, de **sa mobilité**, de **sa sécurité**, **des actes essentiels de la vie quotidienne**, ou encore de **ses activités relationnelles** et de **sa vie sociale**.

Dans le cas d'une première saisine de la MDPH, le **GEVA-Sco « première demande »** est renseigné, notamment, **par l'équipe éducative** (famille, directeur, enseignant, médecin scolaire, psychologue scolaire, Rased).

Tous les ans, le **GEVA-Sco « réexamen »** est renseigné **par l'enseignant référent** lors de la réunion de l'Équipe de Suivi de la Scolarisation (ESS). Il est photocopié pour toutes les personnes présentes à la réunion de l'ESS et envoyé à la MDPH par l'Enseignant Référent. Ce GEVA-sco est validé ou modifié par la Commission des Droits à l'Autonomie (CDAPH), instance de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui envoie une notification à la famille.



Le **GEVA-Sco** permet les échanges entre l'Éducation nationale et la MDPH. **Il est la propriété de la famille et ne peut être consulté (hors réunion d'ESS) qu'avec l'accord de celle-ci.**



> **L'ESS • Equipe de Suivi de Scolarisation**

L'ESS est constituée de l'élève en situation de handicap (en fonction de son âge), la famille, l'enseignant référent, l'enseignant de l'élève, les professionnels de l'établissement scolaire, les professionnels de santé et médico-sociaux qui accompagnent l'enfant (en libéral ou en institution).

L'équipe de suivi de la scolarisation (ESS) veille à la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation (PPS) rédigé par la MDPH.

Une réunion de l'ESS doit être organisée chaque année scolaire mais il peut y en avoir plusieurs si la situation de l'enfant le nécessite.

Une réunion d'ESS peut être organisée à la demande de l'élève ou de sa famille, de l'équipe éducative de l'école, du collège ou du lycée, ou du directeur de l'établissement sanitaire ou médico-social. Cette réunion peut avoir lieu à tout moment de l'année.

L'ESS est réunie par l'enseignant référent et sous sa responsabilité, et **elle ne peut valablement avoir lieu en l'absence des parents**. Chaque professionnel, convié à la réunion d'ESS, apporte **ses évaluations et bilans de l'enfant** qui vont constituer le dossier de suivi de scolarisation.

> **L'ERSH • Enseignant Référent des élèves en Situation de Handicap**

L'enseignant référent est un enseignant spécialisé, localisé sur un secteur d'intervention (ce n'est pas l'enseignant de l'élève). Chaque directeur d'école et/ou chef d'établissement a les coordonnées de l'enseignant référent correspondant à son secteur.

L'ERSH est l'interlocuteur privilégié des parents d'élèves en situation de handicap. Il informe les familles des aides qui peuvent être apportées dans le cadre du Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS). Il est la mémoire du parcours scolaire de ces élèves puisqu'il peut suivre le dossier de la petite section de maternelle jusqu'au bac voire au BTS.

L'Enseignant Référent réunit et coordonne l'Équipe de Suivi de la Scolarisation (ESS), il anime les réunions d'ESS, remplit le GEVAsco et tient à jour le dossier de suivi de la scolarisation de l'enfant.

L'Enseignant Référent maintient un lien constant avec l'équipe pluri disciplinaire de la MDPH devant laquelle il revient, chaque fois que c'est nécessaire, présenter un dossier ou une pièce complémentaire, notamment lorsqu'un PPS connaît une évolution notable (ex : réévaluation des besoins, orientation...) proposée par l'ESS ou par la famille.

Télécharger les GEVA-sco :
<https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees/formulaires/formulaires-geva-sco>





Pour aller plus loin ...



Document de mise en œuvre du PPS en annexe

<https://www.education.gouv.fr/bo/16/Hebdo30/MENE%201612034C.htm>



CONSEILS PRATIQUES

N'hésitez pas à appeler ou envoyer un mail à l'Enseignant Référent de votre enfant. Il connaît les dispositifs de votre secteur et le parcours de votre enfant. Il est le lien entre l'Éducation nationale et la MDPH et il est votre interlocuteur privilégié.

Si vous souhaitez en discuter
avec un professionnel du CRAIF,
contactez-nous :
contact@craif.org
01 49 28 54 20

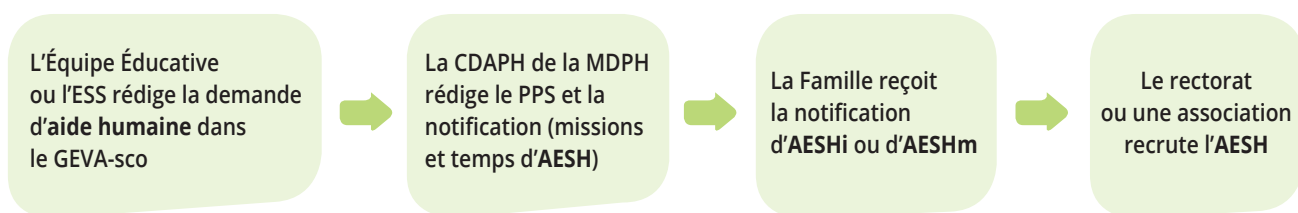




Un.e AESH/AVS ?

Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap (anciennement AVS). Attention : la scolarisation d'un élève n'est pas assujettie à la présence de l'AESH, sauf en cas de mention dans le PPS.

▼ Comment obtenir un.e AESH ?



> AESH public

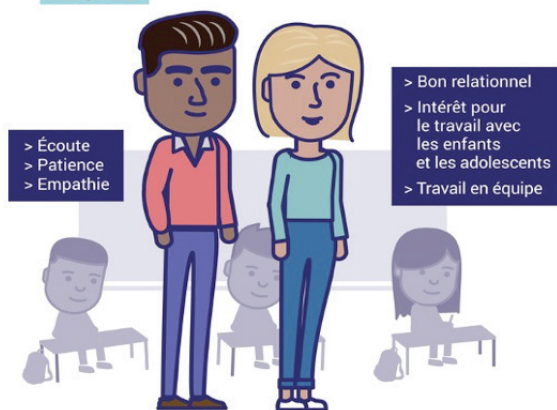
Qui sont les AESH ?

Les **accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH)** sont des personnels chargés de l'**aide humaine**. Ils ont pour mission de favoriser l'**autonomie de l'élève en situation de handicap**.

Les AESH sont des **agents contractuels de l'État**. Leur contrat, d'une durée de 1 à 3 ans, suivant l'académie, est renouvelable avec la possibilité d'obtenir à terme un contrat à durée indéterminée.

Ils peuvent accompagner les élèves de la **maternelle au lycée**.

PROFIL



FORMATION

- > Assurée par le ministère
- > Durée : 60 h

LIEUX D'EXERCICE

- > À l'école, au collège ou au lycée
- > Dans une classe ordinaire ou un dispositif dédié

Ils peuvent intervenir dans une classe ordinaire au titre de :

- **l'aide humaine individuelle (AESHi)** : la personne intervient dans des classes ordinaires des établissements publics ou privés. Elle répond aux besoins des élèves qui requièrent une **attention soutenue et continue**. L'élève doit avoir une **notification d'AESHi**, avec une quotité horaire précise, pour en bénéficier ;
- **l'aide humaine mutualisée (AESHm)** : La personne intervient auprès de plusieurs enfants lorsque les besoins des élèves ne requièrent **pas une attention soutenue et continue**. Les élèves bénéficiaires d'un AESHm peuvent être dans la même classe, dans le même établissement ou bien dans un établissement du même secteur géographique (PIAL). L'élève a une notification d'**AESHm sans quotité horaire**.

Ou dans un **dispositif** (ULIS, UEMA, UEEA, UEE) pour de l'**accompagnement collectif** (AESHco).

Les AESH dépendent d'un **PIAL (Pôle Inclusif d'Accompagnement Localisés)**. C'est un regroupement d'écoles et/ou d'établissements, à l'échelle d'une circonscription, d'un EPLE (Etablissement Public Local d'Enseignement) ou d'un territoire déterminé.



Le **PIAL** doit permettre de mieux répartir et coordonner les interventions des AESH en fonction des besoins et des emplois du temps des élèves concernés.

Les missions et le temps d'accompagnement de l'AESH sont précisés dans le **projet personnalisé de scolarisation (PPS)** et dans le **guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-Sco)** de chaque élève en situation de handicap.

L'AESH intervient dans la classe en concertation avec l'enseignant, il aide l'élève à suivre l'enseignement et à participer à la vie collective de l'école ou de l'établissement.

L'AESH intervient dans trois domaines sur tous les temps et lieux scolaires (dont la cantine, les stages, les sorties et voyages scolaires) :



- les actes de sa vie quotidienne,
- l'accès aux activités d'apprentissage (éducatives, culturelles, sportives, artistiques ou professionnelles),
- les activités de la vie sociale et relationnelle.

> AESH privé : intervenant

Les familles peuvent choisir d'embaucher elles-mêmes un **intervenant privé** et sensibilisé aux problématiques des **TSA**. L'élève doit avoir une notification d'**AESH*i*** (et non d'**AESH*m***) et ces intervenants doivent travailler pour une **association qui a signé une convention** avec l'Éducation Nationale et l'Académie concernée.

Liste des associations
TSA qui ont une
convention par départe-
ment en Ile-de-France



Ces **accompagnateurs privés sont formés** par l'association et travaillent en lien avec des **psychologues**. Ils sont **supervisés** par ces psychologues.

Ces **intervenants** accompagnent l'élève sur les **temps scolaires, périscolaires et extrascolaires** et peut aller à **domicile**. Il permet une **harmonisation** des outils et des méthodes d'éducation auprès de l'enfant dans tous ses lieux de vie.

Les familles rémunèrent cet **intervenant** avec une aide de la **MDPH**. L'**intervenant** peut aussi se faire embaucher par l'Académie comme **AESH*i*** sur le temps scolaire et ainsi être rémunéré partiellement par l'Éducation Nationale.



CONSEILS PRATIQUES

Si aucun AESH n'est nommé auprès de votre enfant

- **Appelez la cellule d'écoute et de réponse du service départemental École inclusive 0 805 805 110 + numéro département.**
- **N'hésitez pas à proposer au directeur(-trice) de votre école, une personne que vous connaissez pour accompagner votre enfant. Cette personne sera recrutée exclusivement pour votre enfant.**
- **L'association Toupi a rappelé les principales démarches à faire si l'AVS/AESH n'est pas présent(e) à la rentrée scolaire :**
<https://toupi.fr/rentree-2019-que-faire-si-votre-enfant-na-pas-son-aesh/>



Pour aller plus loin ...

- ➔ Ministère de l'éducation nationale : Devenir accompagnant des élèves en situation de handicap
<https://www.education.gouv.fr/devenir-accompagnant-des-eleves-en-situation-de-handicap-12188>
- ➔ Ministère de l'Éducation nationale, MAIF. Guide pour la scolarisation des enfants et des adolescents en situation de handicap. 2018
https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Handicap/95/1/guide_scolarisation_enfants-ado_sit_handicap_2018_1058951.pdf
- ➔ Site école et handicap : Les AVS et les AESH
<https://ecole-et-handicap.fr/laccompagnement-des-eleves-en-situation-de-handicap-2-dispositifs-daccompagnement/avs-et-aesh-vers-la-professionnalisation/>



Postuler pour devenir AESH



- ➔ Académie de Paris
https://www.ac-paris.fr/portail/jcms/p2_1906981/rentree-2020-l-academie-de-paris-recrute-des-aesh
- ➔ Académie de Créteil
<http://www.ac-creteil.fr/pid37694/recrutement-des-accompagnants-des-eleves-cap-aesh.html>
- ➔ Académie de Versailles
<http://www.ac-versailles.fr/dsden78/cid109004/accompagnants-d-eleves-en-situation-de-handicap-aesh.html>

Si vous souhaitez en discuter
avec un professionnel du CRAIF,
contactez-nous :
contact@craif.org
01 49 28 54 20

