**FORMATION**

**AIDE AUX AIDANTS**

**BRETAGNE**

**2016**

|  |
| --- |
| **L’aidant familial** |
| Nom : Age : Téléphone :  | Prénom : Adresse / Ville : Courriel :  |
| **Statut par rapport au proche aidé**[ ]  Parent [ ]  Grand-parent [ ]  Frère / soeur [ ]  Autre entourage familial [ ]  Aidant bénévole |
| **Situation sociale de l’aidant familial**\* Adhérent à une association de famille : [ ]  Oui [ ]  Non Si oui laquelle : \* Rencontre avec des parents ou des personnes TSA/TED [ ]  Oui [ ]  Non \* Aidé par la famille (grands parents, fratries…) [ ]  Oui [ ]  Non \* Soutenu par des aidants [ ]  Oui [ ]  NonSi oui : [ ]  Salariés [ ]  Bénévoles [ ]  Ponctuels [ ]  Réguliers |
| **Formation de l’aidant familial**\* A suivi des formations [ ]  Oui [ ]  Non \* A assisté a des journées de sensibilisation, congrès… [ ]  Oui [ ]  Non \* Consulte le web [ ]  Oui [ ]  Non \* Se documente par d'autres sources [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Difficultés rencontrées par les aidants familiaux** |
| [ ]  Intégration scolaire [ ]  Intégration sociale [ ]  Intégration professionnelle [ ]  Gestion des troubles du comportement [ ]  Mise en place de moyens de communication [ ]  Sexualité et puberté [ ]  Accès aux loisirs [ ]  Accès aux informations sur les TSA/TED [ ]  Difficultés pour s’informer et connaitre les ressources de la région [ ]  Développement à l’autonomie  | [ ]  Guidance parentale [ ]  Accès aux formations [ ]  Isolement géographique [ ]  Isolement social [ ]  Violence [ ]  Troubles obsessionnels compulsifs [ ]  Difficultés sensorielles [ ]  Difficultés familiales : conjugales, fratrie, famille au sens large [ ]  Difficultés d’accès aux soins  |
| [ ]  Troubles personnels psychiques - physiques : dépression, épuisement, insomnies, altération de la santé… Décrivez si vous le souhaitez :  |
| Autres difficultés et attentes :  |
| **La personne avec troubles du spectre de l’autisme** |
| Prénom : Diagnostic : [ ]  Autisme typique [ ]  Autisme atypique [ ]  Syndrome d'Asperger[ ]  Diagnostic en attente de confirmation [ ]  Troubles envahissants du développement non spécifiés[ ]  Autre : Âge : Année du diagnostic :  |
| **Accompagnement** |
| [ ]  En libéral (préciser les professions) : [ ]  Hôpital de jour [ ]  CMP [ ]  CMPP [ ]  CAMSP[ ]  IME [ ]  Amendement Creton (maintien en IME au-delà de 20 ans)[ ]  FAM [ ]  MAS [ ]  FO / FV [ ]  Classe ordinaire (temps plein ou partiel ? : )[ ]  CLIS spécialisée [ ]  CLIS généraliste [ ]  ULIS spécialisée [ ]  ULIS généraliste [ ]  Enseignement à distance [ ]  Intervenant à domicile [ ]  Enseignement par un des parents [ ]  ESAT [ ]  Travail en milieu ordinaire [ ]  En apprentissage |
| **La fratrie** |
| Avez-vous d’autres enfants à charge, combien ? : Quels âges ont-ils ? :  |
| **Inscription à la formation** |
| Nombre de personnes inscrites à la formation : Avez-vous déjà assisté à cette formation en 2015 ? [ ]  Oui [ ]  NonEnfants à accueillir sur le lieu de formation (pour chaque enfant, précisez l'âge et s'il est concerné par l'autisme) : Accessibilité de la formation : aurez-vous des difficultés à vous rendre par vos propres moyens sur le lieu de formation ? (pas de permis de conduire / de voiture / d'accès par transports en commun…) [ ]  Oui [ ]  NonSi oui, détailler :  |

Public : Parents, fratries, grands parents et personnes qui s’occupent régulièrement de la personne avec TSA/TED.

**Modalités d’inscription**

Fiche d’inscription à compléter et renvoyer à l'équipe organisatrice de votre département.

Confirmation de l’inscription après étude de la demande. Places limitées et gratuites.

**Contact**

|  |  |
| --- | --- |
| **Côtes d’Armor**Téléphone : 02.98.89.47.70Courriel : doc@cra.bzh | **Finistère**Téléphone : 02.98.89.47.70Courriel : doc@cra.bzh |
| **Ille et Vilaine**Téléphone : 02.99.68.29.63Courriel : espace-autisme@ch-guillaumeregnier.fr | **Morbihan**Téléphone : 06.46.90.38.05Courriel : caroline.detauriac@cra.bzh |