

# Fiche d'inscription

## FORMATION AIDE AUX AIDANTS BRETAGNE 2016

### L'aidant familial

Nom : Prénom :  
Age : Adresse / Ville :  
Téléphone : 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  Non

Si 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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Intégration scolaire  | <input type="checkbox"/> Guidance parentale  |
| <input type="checkbox"/> Intégration sociale   | <input type="checkbox"/> Accès aux formations  |
| <input type="checkbox"/> Intégration professionnelle   | <input type="checkbox"/> Isolement géographique  |
| <input type="checkbox"/> Gestion des troubles du comportement  | <input type="checkbox"/> Isolement social  |
| <input type="checkbox"/> Mise en place de moyens de communication  | <input type="checkbox"/> Violence  |
| <input type="checkbox"/> Sexualité et puberté  | <input type="checkbox"/> Troubles obsessionnels compulsifs                                   |
| <input type="checkbox"/> Accès aux loisirs   | <input type="checkbox"/> Difficultés sensorielles  |
| <input type="checkbox"/> Accès aux informations sur les TSA/TED  | <input type="checkbox"/> Difficultés familiales : conjugales, fratrie, famille au sens large |
| <input type="checkbox"/> Difficultés pour s'informer et connaître les ressources de la région                                      | <input type="checkbox"/> Difficultés d'accès aux soins                                       |
| <input type="checkbox"/> Développement à l'autonomie   |  |
| <input type="checkbox"/> 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  Non

Enfants 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  Non

Si 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 (par courrier **papier** ou **fax** ; pour les envois par **courriel**, utiliser la version **électronique** de ce document).

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

#### Contact

##### Côtes d'Armor

Centre Ressources Autisme  
Formation Aidants Côtes d'Armor  
ZA Prat Pip Sud - 125 rue Jean Monnet  
29490 GUIPAVAS

Téléphone :  
02.98.89.47.70

##### Finistère

Centre Ressources Autisme  
Formation Aidants Finistère  
ZA Prat Pip Sud - 125 rue Jean Monnet  
29490 GUIPAVAS

Téléphone :  
02.98.89.47.70

##### Ile et Vilaine

Espace Autisme  
Formation Aide aux aidants  
11 rue André Meynier  
35000 RENNES

Téléphone :  
02.99.68.29.63  
  
Fax :  
02.99.30.43.58

##### Morbihan

Centre de Ressources Autisme  
Formation Aide aux aidants  
CPEA de Menimur  
4 avenue Edgar Degas  
56000 VANNES

Téléphone :  
06.46.90.38.05