



QUESTIONNAIRE RELATIF A L'AUTONOMIE DE L'ENFANT COMPLEMENT AUX DEMANDES D'AEEH ET/OU PCH

Vous avez sollicité auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées d'Indre-et-Loire une Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH), un complément de cette allocation et/ou la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) pour votre enfant.

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

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

1 - Renseignements administratifs :

Nom de l'enfant : N° dossier MDPH :

Prénom de l'enfant : Date de naissance :

Adresse de l'enfant :

.....

Coordonnée(s) téléphonique(s) :

Prestations familiales : CAF MSA SNCF autre..... N° allocataire :

2 - Votre demande :

Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) : première demande renouvellement révision

Complément de l'AEEH : première demande renouvellement révision

Prestation de Compensation du Handicap : première demande renouvellement révision

3 - Prise en charge de votre enfant :

type de structure	nom et adresse de la structure	temps de présence par semaine en jours ou heures – nombre de nuits
crèche ou halte garderie		
établissement scolaire		
établissement médico-social		
hôpital de jour		
dispositif d'accueil temporaire		
assistante maternelle		

4 - Activité professionnelle des parents :

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

Mère : oui% non Père : oui% non

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

oui non

Si oui, préciser laquelle et dans quelles situations :

.....

.....

6 - Communication :

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

Si oui, préciser à quels moments, pour quelle durée :.....

.....

.....

7 - Des soins nécessaires à votre enfant sont-ils effectués par vous-même, lui-même ou une autre personne ? oui – compléter le tableau ci-dessous non

soins concernés (consultation, rééducation, traitement répété de longue durée,...)	nature	fréquence	durée	lieu

8 - Êtes-vous amené(e)s à intervenir la nuit auprès de votre enfant ? oui non

Si oui, préciser pourquoi et la fréquence des interventions :

.....

.....

9 – Les vacances de votre enfant entraînent-ils pour vous des surcoûts en raison de son handicap ? oui non

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

.....

.....

Date à laquelle le questionnaire a été complété :.....

Identité et signature des représentants légaux :