**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  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** | | |
| 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  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.

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

**Contact**

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