



Tuto d'aide au montage d'une 1ère demande MDPH – Commission handicap enfant scolarisé

- **Introduction**

- **Conseils en fonction des pages du dossier et/ou des parties ou
sous-parties**

- **Rappel des pièces obligatoires ou facultatives à joindre au dossier**


- **Glossaire**


Vous êtes parent d'un enfant (mineur ou majeur de 18 à 20 ans sous protection) porteur de troubles handicapants ou porteur de handicap et qui rencontre des difficultés dans sa scolarité, et vous souhaitez obtenir une aide auprès de la MDPH* (appelée aussi MDA : Maison De l'Autonomie).

Pour cela, il vous faudra déposer une 1^{ère} demande, via le formulaire CERFA N°15692*01, afin qu'elle soit examinée par la commission handicap enfant.

Comme c'est le même document qui est utilisé pour une personne porteuse de handicap qu'elle soit mineure, ou majeure, nous allons ici vous aider à le remplir. En effet, certaines parties ne sont pas à compléter pour un dossier enfant, et de plus vous allez devoir le remplir en vous mettant à la place de votre enfant.

Voici le visuel de la 1^{ère} page du dossier :

 N°15692*01



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ
REPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

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.*

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 checked="" 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	<p>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</p>
<input type="checkbox"/> Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé	<p>Remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire</p>
<input type="checkbox"/> Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins	<p>Votre aidant familial peut remplir la partie F</p>


Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

Oui Dans quel département : _____ N° de dossier : _____

Cocher la case

Ne pas remplir, car ne concerne pas les 1^{ère} demandes

Service ICF – Apel académique de Montpellier



Page 2 : Remplir la partie A1

Pour la partie A2 :

- Les deux colonnes doivent être impérativement complétées, sinon l'étude du dossier sera retardée.
- Pour information, en cas de parents séparés, le dossier est en lien avec la CAF, et c'est le parent qui a la charge de l'enfant au quotidien, et qui perçoit l'allocation CAF qui percevra l'aide, si elle est accordée.

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 :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Prénom :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Date de naissance :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Adresse (numéro et rue) :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Complément d'adresse :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Code postal :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Commune :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Pays :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Téléphone :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Adresse e-mail :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

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

2/20

Nom :

Prénom :



Au bas de certaines pages, vous trouverez ce bandeau à compléter.

Il est à remplir avec le nom et le prénom de l'enfant

Page 3 : Les parties A3 et A4 ne concernent que les personnes majeures qui déposent un dossier.

Pour la partie A5, elle n'est pas à compléter de façon systématique.

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 :

<input type="checkbox"/> Vous n'arrivez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous <input type="checkbox"/> Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir <input type="checkbox"/> Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement	<input type="checkbox"/> Vous risquez rapidement de perdre votre travail <input type="checkbox"/> Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation Date d'entrée prévue : <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/>
---	---

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 :

Voici les cas dans lequel vous devrez la remplir :

- si votre enfant rencontre de trop grosses difficultés, et que la structure d'accueil dans laquelle il est scolarisé n'est pas adaptée (ex : s'il est en ULIS* et qu'il a besoin d'aller en IME*, ou encore qu'il est en ULIS collège, et qu'il devrait aller en ULIS Pro, ...)

- Si votre enfant a été victime d'un accident de la vie (cancer, urgence vitale...)

Page 4 :

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

.....

.....

.....

Date du jour du dépôt de dossier → Le : / /

Cocher case 2 ou case 3 → Signature : De la personne concernée
 De son représentant légal
 Des deux parents (pour les mineurs)

Cocher ici suivant votre souhait → Signature : De la personne concernée
 De son représentant légal
 Des deux parents (pour les mineurs)

Cocher la case → **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.

1 ou 2 signatures suivant la case cochée

Page 5 :

Partie B1

Une seule case à cocher sur tout le document en partie haute. (ne pas oublier en partie basse, le nom et prénom de l'enfant)

B1 **Cocher ici** **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) :

Autre situation, précisez :

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

Page 6 : partie B1 suite

<input type="checkbox"/> Aide technique, matériel ou équipement	<input type="checkbox"/> Aménagement de logement	<input type="checkbox"/> Aménagement de véhicule	<input type="checkbox"/> Aides animalières
	<input type="checkbox"/> Aides techniques (préciser) : ex : barre d'appui, déambulateur... ..		
	<input type="checkbox"/> Autres :		
<input type="checkbox"/> Aide à la personne (avec quelqu'un qui aide)	<input type="checkbox"/> Votre famille	<input type="checkbox"/> Professionnel de soins à domicile	
	<input type="checkbox"/> Un accompagnement médico-social		
	<input type="checkbox"/> 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

Cocher la case, et remplir en conséquence

Bien compléter ici les frais non remboursés par la Sécurité sociale, pour tous les praticiens consultés suite au bilan (Psychomotricien, ergothérapeute...) Penser à bien demander des devis, et à les conserver, ainsi que les factures, qui seront à joindre au dossier. Si la ou les prises en charge sont loin de votre domicile (pour cause de désert médical), les frais de déplacements doivent être précisés (faire dans ce cas un tableau en annexe pour détailler). En fonction du nombre de prises en charge non remboursées, et si l'activité professionnelle a été réduite, un complément pourra s'ajouter à l'aide AEEH* de base.

Partie B2 Toutes les cases cochées seront à développer dans la lettre de description de la vie quotidienne.

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 domicile

<input type="checkbox"/> Pour régler les dépenses courantes (loyer, énergie, habillement, alimentation...)	<input type="checkbox"/> Pour faire les courses
<input type="checkbox"/> Pour gérer son budget et répondre aux obligations (démarches administratives assurances, impôts...)	<input type="checkbox"/> Pour préparer les repas
<input type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)	<input type="checkbox"/> Pour prendre les repas
<input type="checkbox"/> Pour s'habiller (mettre et ôter les vêtements, les choisir...)	<input type="checkbox"/> Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements
<input type="checkbox"/> Autre besoin, précisez :	<input type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation ...)

A cocher si l'enfant est alité avec un handicap lourd et bénéficie d'un suivi médical spécifique.

Page 7 suite B2

Ces 2 autres sous-parties ne sont également à remplir que si l'enfant est alité avec un handicap lourd et un suivi médical spécifique.

Exemple : un véhicule adapté pour un fauteuil roulant

Besoin pour se déplacer

<input type="checkbox"/> Pour se déplacer dans le domicile	<input type="checkbox"/> Pour utiliser un véhicule
<input type="checkbox"/> Pour sortir du domicile ou y entrer	<input type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun
<input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'extérieur du domicile	<input type="checkbox"/> Pour partir en vacances

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

Autre situation, préciser :

Besoin pour la vie sociale

<input type="checkbox"/> Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre	<input type="checkbox"/> Pour s'occuper de sa famille
<input type="checkbox"/> Pour avoir des activités sportives et des loisirs	<input type="checkbox"/> Pour être accompagné(e) dans la vie citoyenne (ex : aller voter, vie associative...)
<input type="checkbox"/> Pour les relations avec les autres	<input type="checkbox"/> Pour assurer sa sécurité

Autre besoin, préciser :

Partie B3 :

« Vos souhaits »
Cases à cocher en fonction de vos attentes et besoins

« Autre attente » à cocher et à remplir si besoin (ex de matériel : outil informatique + logiciels)

B3

Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

<input type="checkbox"/> Vivre à domicile	<input type="checkbox"/> Une aide pour se déplacer	<input type="checkbox"/> Un accueil temporaire en établissement
<input type="checkbox"/> Vivre en établissement	<input type="checkbox"/> Du matériel ou équipement	<input type="checkbox"/> Une aide animale
<input type="checkbox"/> Un aménagement du lieu de vie	<input type="checkbox"/> Une aide financière pour des dépenses liées au handicap	<input type="checkbox"/> Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne
<input type="checkbox"/> Une aide humaine : quelqu'un qui aide	<input type="checkbox"/> Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne	<input type="checkbox"/> Une 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 : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Êtes-vous en contact <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input style="width: 90%;" type="text"/>	Êtes-vous en contact <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Nom :
Prénom :
7/20

Exemples de structures : IME, ULIS, ULIS pro...

De l'enfant

Page 8

B Votre vie quotidienne	Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée
Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie quotidienne, indiquez-les ici :	
<div style="border: 1px dashed #ccc; height: 40px; width: 100%;"></div>	

Conseil : Faire de préférence un courrier à part et écrire ici le texte suivant :

« Courrier intitulé « Notre vie quotidienne » en pièce jointe. »

Privilégier un texte concis et explicite, éviter une lettre de plusieurs pages.

Ce courrier qui doit faire ressortir les difficultés rencontrées au quotidien, et doit parler du passé, du présent et du futur. Ne pas minimiser la lourdeur de la situation liée au handicap de l'enfant, afin que la personne qui lira le dossier, prenne bien la mesure des problématiques rencontrées. Pensez à préciser si un ou les 2 parents ont dû réduire leur activité professionnelle, en raison du handicap de l'enfant.

De même, dire si l'enfant fait partie d'une fratrie, et si les autres enfants présentent aussi un handicap (avéré ou soupçonné).

Pour la partie passé : Expliquer les difficultés rencontrées à la maison et dès le début de la scolarité, avec tous les signes d'alertes précurseurs, comme par exemple une mise à l'écart de l'enfant signalée par l'équipe enseignante, un enfant extrêmement maladroit, ou très agité, ou encore en difficulté de langage...

Préciser si c'est un enfant naît prématurément, ou encore adopté, et dans quelles conditions.

Pour le présent : Exposer les difficultés scolaires soulevées par le chef d'établissement et l'équipe éducative, comme par exemple un retard de lecture ou d'écriture, et également celles rencontrées à la maison.

Ainsi, si votre enfant a toujours des difficultés au quotidien, alors que ce n'est plus un problème d'âge, si vous devez sans cesse faire des rappels, répéter les mêmes choses (oubli de cartable, le brossage des dents, les vêtements mis à l'envers...), en faire la description. Ne pas oublier les outils mis en place pour compenser ces difficultés. (pictogrammes, adaptation scolaire, organisation familiale...).

Si malgré la mise en place de prise en charge médicale, les ennuis persistent, le signaler.

Pour le futur :

A demander en priorité : 1 PPS* (Pour information, si le PPS n'est pas mis en place dans la MDPH dont vous dépendez, c'est le GEVASCO* qui fera office de PPS).

Si l'enfant a besoin d'une adaptation scolaire, d'avoir un outil informatique et des logiciels spécifiques, en faire la demande, et même chose pour les aides financières par rapport aux prises en charge.

Vous pouvez également éventuellement demander le placement dans une structure adaptée (Ex : ULIS*, IME*, SESSAD*...), et dans certains cas le transport GIHP*.

En cas de demande d'une AESH*, si le handicap de l'enfant ne le met pas en danger, il est inutile de demander une AESH individuelle.

Page 9 et page 10 : Cocher les cases et remplir toute la partie C1 en fonction de la situation scolaire de votre enfant.

Page 11 : Même chose pour la partie C2, cocher les cases en fonction des besoins de la vie scolaire de votre enfant.

Page 12 : La partie C3 va faire écho, notamment sur la partie futur, à la lettre de vie quotidienne, cocher donc bien toutes les cases, afin de préciser vos attentes en matière de vie scolaire.

Ne pas hésiter à être redondant tout au long de la constitution de ce dossier.

Dans ce formulaire, les parents, l'équipe éducative et l'équipe médicale (neuropédiatre, orthophoniste...) doivent aller dans le même sens. Exemple : si seuls les parents demandent l'outil numérique, la demande risque de ne pas être prise en considération. De même, si les équipes éducative et médicale font une demande, qui n'est pas également faite par la famille, celle-ci ne risque aussi de ne pas être accordée. Il est donc important que le **GEVASCO et la lettre de vie quotidienne demandent les mêmes adaptations** (cela est également utile quand le GEVASCO fait office de PPS)

Page 13 à 16 pour les parties D1- D2 -D3 : ne pas remplir, car c'est pour une demande de la personne handicapée, au **niveau professionnel, et non au niveau de la scolarité.**

Page 17

Partie E1 : Seule la partie « Vous avez moins de 20 ans » est à remplir .

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 allez demander ici certaines aides .

Cocher la 1ère case (allocation AEEH).

La 2ème case, soit celle de la PCH, ne concerne que les handicaps très lourds (ex : paraplégie).

Vous pouvez cocher les cases 3 et /ou 4 si l'état de votre enfant le nécessite (ex : handicap physique, ou handicap émotionnel sévère).

Ne pas cocher la 5ème case relative à l'AVPF.

Partie E2

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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Préciser ici (ou repréciser) dans quel milieu vous souhaitez que votre enfant soit scolarisé :

- En milieu ordinaire : et donc une demande de PPS
- En milieu spécialisé : ULIS primaire, ULIS collège, ULIS lycée, IME, SESSAD...

Page 18

Partie E3 : Cette partie n'est pas à compléter pour une 1^{ère} demande, sauf pour un enfant tardivement détecté, et qui se dirige vers une voie professionnelle.

Page 19 et page 20 :

Parties F1 et F2 : Ne pas remplir, sauf pour un enfant en situation de handicap très lourd, (ex : paraplégie).

RAPPEL DES PIÈCES OBLIGATOIRES OU FACULTATIVES A JOINDRE AU DOSSIER :

- 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
- 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)
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

JOINDRE SI POSSIBLE LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS SUIVANTS (car ils sont nécessaires à l'évaluation de votre situation et faciliteront le traitement de votre demande) :

- Justificatifs, factures ou devis en votre possession concernant les frais évoqués en B1 et B3, et depuis le début des difficultés de l'enfant.
- En cas d'emploi rémunéré d'une tierce personne : Attestation d'emploi, contrat de travail, déclaration URSSAF, facture d'un service à domicile, précisant le nombre d'heures d'aide humaine
- En cas de réduction d'activité professionnelle pour la prise en charge de l'enfant en situation de handicap : Contrat de travail, bulletin de salaire, ou attestation de l'employeur justifiant la réduction du temps de travail ou le temps de travail effectif du ou des parents
- Pour les enfants scolarisés joindre impérativement le formulaire GEVASco

* GLOSSAIRE :

AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

AESH : Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap

GEVASCO : Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de Scolarisation : c'est un guide de recueil de données qui se remplit avec le directeur d'établissement lors de la première demande.

GIHP : Groupement pour l'Insertion des personnes Handicapées Physiques

IME : Institut Médico- Educatif

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées (aussi appelée MDA : Maison De l'Autonomie)

PPS : Projet Personnalisé de scolarisation

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire