

Tampon dateur de la MDPH

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

Merci de compléter en noir et ne rien agrafer

A – Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance :

Nom d'usage ou nom d'épouse :

Prénom(s) :

Sexe : Masculin Féminin

Nationalité Française EEE ou Suisse Autre

Date de naissance :

Lieu de naissance : Commune :

Département :

Pays :

Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France :

N° de sécurité sociale :

Nom de l'organisme de sécurité sociale : _____

Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :

Le n° : Dans quel département ?

Si votre dossier est dans une autre MDPH, vous devez adresser un courrier à celle-ci pour en demander le transfert.

Demande de transfert faite le :/...../.....

A2 – Adresse (obligatoire)

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone : Fax :

Portable :

Adresse électronique : _____

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : _____

Pour les personnes adultes hébergées ou accueillies en établissement médico-social ou en famille d'accueil, précisez : Remplir également la partie **A8**

Nom de l'établissement ou de la famille d'accueil : _____

Adresse : _____

Code postal : Commune : _____

A3 – Pour les mineurs : Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale

	Mère	Père																															
Nom :																																	
Prénom (s):																																	
Date de naissance :	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																			
Adresse :																																	
Code postal :	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																									
Commune :																																	
Téléphone :	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																
Adresse électronique :																																	

Précisez qui détient l'autorité parentale : Mère Père Les deux Autre

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme : _____

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal :

--	--	--	--	--	--

 Commune : _____

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Fax :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Portable :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse électronique : _____

A4 – Représentant légal (pour les adultes) – Joindre le jugement de protection juridique

Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Demande en cours Autre

Nom de la personne ou organisme : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code Postal :

--	--	--	--	--	--

 Commune : _____

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Fax :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse électronique : _____

A5 – Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : _____ CAF MSA Autre

Nom et prénom de l'allocataire : _____

Nom de l'organisme : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal :

--	--	--	--	--	--

 Commune : _____

A6 – Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes Célibataire Marié(e) Pacsé(e) En couple sans être marié(e)
 Veuf(ve) Séparé(e)* Divorcé(e)*

*Joindre la copie du jugement des modalités de garde de l'enfant concerné par cette demande

Depuis le :

Nombre d'enfants à charge :

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Date de naissance :

A7 – Situation professionnelle actuelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint(e)
Nom et prénom(s) :	_____	_____
Salarié(e) y compris apprentissage		
Depuis le :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Type de contrat :	_____	_____
Date de début du contrat :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de fin de contrat :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Motif de la fin de contrat *: *(Licenciement économique, inaptitude, démission,...)	_____	_____
Temps de travail : (100 % ou temps partiel en%)	_____	_____
Depuis le :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
En milieu protégé ESAT		
Depuis le :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Stagiaire de la formation professionnelle		
Depuis le :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Durée du stage :	_____	_____
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de votre employeur (ou organisme de formation) :	_____	_____
Adresse :	_____	_____
	_____	_____
Code postal :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Fonction occupée dans l'entreprise :	_____	_____
Non salarié(e)*		
Depuis le :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
*Y compris exploitant agricole, profession libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :	_____	_____

		Vous	Votre conjoint
Inscrit(e) comme demandeur d'emploi	Depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Indemnisé(e) depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Retraité(e)	Depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Retraite anticipée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Âgée (ASPA)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Informations complémentaires			
	Bénéficiaire d'une pension	Depuis le : <input type="text"/>	<input type="text"/>
	• Catégorie de la pension d'invalidité	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
	• Précisez si demande en cours	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	Rente accident de travail	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	Congé parental d'éducation	Depuis le : <input type="text"/>	<input type="text"/>
	• Précisez temps plein ou temps partiel	_____	_____
	Congé de présence parentale	Depuis le : <input type="text"/>	<input type="text"/>
	(ou Allocation Journalière de Présence Parentale - AJPP)		
	• Précisez temps plein ou temps partiel	_____	_____
	Arrêt maladie	Depuis le : <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Accident de travail	Depuis le : <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Bénéficiaire du RSA	Depuis le : <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Autres (AAH, sans activité...)	Précisez : _____	_____
		Depuis le : <input type="text"/>	<input type="text"/>

A8 – Autres situations de la personne concernée

Vous êtes hospitalisé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social ou en famille d'accueil

(Précisez votre adresse avant votre entrée en établissement médico-social ou famille d'accueil)

Vous êtes hospitalisé(e) ; lieu : _____

Autres cas, précisez : _____

Quelles sont les périodes de retours au domicile (interne, externe, mode de transport) : _____

A9 – Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

Location, sous-location ou colocation

Hébergé(e) chez un particulier famille, ami ...)

Propriétaire ou accédant à la propriété

Autres, précisez : _____

Si vous êtes locataire ou hébergé chez un particulier, précisez le nom et les coordonnées du propriétaire (ou bailleur) du logement : _____

C – Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé et son complément

Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé – AEEH

Complément AEEH

Type d'accueil (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte garderie ...)

Durée : _____ Heures par semaine

Nombre de jours par semaine : _____

Lieu de scolarisation ou formation : _____

Niveau : _____ Durée : _____ Heures par semaine

Nombre de jours par semaine : _____

Nom de l'établissement médico-social ou sanitaire : _____

Durée : _____ Heures par semaine

Nombre de jours par semaine : _____

Votre enfant est-il en internat ? Oui Non

Depuis le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Présence d'une personne auprès de l'enfant

Du fait du handicap de votre enfant :

Exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel Oui Non

Avez-vous dû renoncer à votre emploi ? Oui Non

Précisez le **temps de travail** : Mère : _____ % Père : _____ %

Si vous avez recours à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le temps d'embauche : _____ heures par semaine.

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : _____

PIÈCES À JOINDRE : Contrat de travail de la tierce personne ou déclaration URSSAF

Frais supplémentaires liés au handicap

PIÈCES À JOINDRE : Justificatifs pour tous les frais supplémentaires (prescriptions médicales, devis ou factures)

Couches, alèses, aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou paramédicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires), et autres.

NATURE DES FRAIS	COÛTS			PÉRIODICITÉ
	Financeurs sollicités	Montants obtenus	Reste à votre charge	
				Semaine, mois, année, occasionnelle
TOTAL				

Nom, prénom, date de naissance des frères et sœurs :

-
-
-
-

D – Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social

Situation actuelle de la personne concernée par la demande

Nom de l'établissement fréquenté : _____

Adresse complète : _____

Classe fréquentée : _____

Temps de scolarisation : Temps plein Mi-temps Autre : _____

Nom de l'enseignant référent : _____

Identification des demandes

1.1. Demande en lien avec la scolarisation

- ULIS – Unité Localisée d'Inclusion Scolaire
- EGPA – Enseignement Général et Professionnel Adapté
- AHIS – Aide Humaine à l'Inclusion Scolaire (ex AVS)
- MPA – Matériel Pédagogique Adapté

1.2. Demande d'orientation médico-social

- Service médico-social (SESSAD, SSAD, SAFED, SAAAIS, SSEFS ...)
- Établissement médico-social (IME, ITEP, IEM, IES ...)

E – Demande de cartes mobilité inclusion (C.M.I)

Ne pas joindre de photo, elle vous sera réclamée par l'Imprimerie Nationale qui fabrique les cartes

- C.M.I stationnement (emplacements réservés sur les parkings)
- C.M.I priorité (permet d'obtenir une priorité dans les files d'attente et les places assises dans les transports)
- C.M.I invalidité (joindre le cas échéant les justificatifs de Majoration Tierce Personne, APA, PCH Aide Humaine ou ACTP)

F – Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

(Concerne uniquement l'aidant de la personne de + de 20 ans en situation de handicap)

Nom et prénom de la personne à affilier : _____

Adresse : _____ N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal :

--	--	--	--	--

 Commune : _____

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Lien de parenté : _____

La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

G – Demande de Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

- Prestation de Compensation du Handicap – PCH

Pour l'enfant, merci de remplir également le paragraphe C – demande d'AAEH

- Renouvellement d'Allocation Compensatrice – ACTP et/ou ACFP
 Révision d'Allocation Compensatrice – ACTP et/ou ACFP

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie – APA ? Oui Non Demande en cours
Si oui, merci de faire parvenir votre décision avec l'indicateur du GIR (les 2 prestations APA et PCH ne sont pas cumulables).

Bénéficiez-vous de la Majoration Tierce Personne – MTP ? Oui Non Demande en cours

Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :

- Aide humaine** (La PCH n'intervient pas pour le ménage, la préparation des repas, la scolarité)

Précisez (Aide pour la toilette, habillage ...) : _____

- Aide technique**, matériel ou équipement (fauteuil roulant, chaise de douche ...)

Précisez : _____

- Aide pour l'aménagement du logement**

Précisez : _____

- Aide pour le déménagement** (Vers un logement adapté)

Précisez : _____

- Aide pour l'aménagement du poste de conduite**

Précisez la nature des aménagements : _____

Votre permis de conduire a-t'il été adapté (préfecture) ? Oui Non Demande en cours

Si oui, joindre la photocopie recto/verso du permis et un devis.

- Aide pour l'aménagement du véhicule**

Précisez la nature des aménagements : _____

- Aide pour les surcoûts de transport** : Précisez le motif du déplacement, le moyen de transport utilisé, le nombre de kilomètres aller/retour et la fréquence : _____

- Charges spécifiques / exceptionnelles** (dépenses régulières ou ponctuelles en lien avec votre situation de handicap ex : protections, frais de réparation du fauteuil roulant ...)(fournir le ou les devis)

Précisez : _____

- Aide animalière** (frais d'entretien pour un chien d'assistance éduqué)

Fournir la copie de la décision d'attribution de l'animal par le centre d'éducation labellisé.

H – Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

- Allocation aux Adultes Handicapés – AAH
 Complément de ressources

Pour toute première demande d'AAH, complétez également les paragraphes I 2, I 3 et I 4

I – Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

- Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé – RQTH
 Orientation / Reclassement : Formation : précisez _____
 Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)
 Milieu protégé (ESAT)

Êtes-vous en contact avec un organisme chargé de l'insertion professionnelle (CAP emploi, mission locale, SAMETH ...)

Oui Non

Si oui, lequel : _____

Nom du référent : _____

I 2 – Parcours de scolarisation et / ou de formation initiale

- Jamais scolarisé École élémentaire Scolarisé en IME, IMPRO ...
 Collège Lycée
 Filière technique ou professionnelle courte (CAP, BEP, ou équivalent)
 Précisez : _____
 Filière technique ou professionnelle longue (Brevet technicien, bac pro ...)
 Précisez : _____
 Université ou études supérieures (y compris technicien supérieur)
 Précisez : _____

PARCOURS DE FORMATION PROFESSIONNELLE ET / OU STAGE(S) :

I 3 – Situation par rapport au travail *(joindre un CV)*

Activité professionnelle (actuelle)

- Salarié secteur privé
 Salarié entreprise adaptée
 Salarié secteur public
 Travailleur indépendant
 ESAT

Poste de travail : (*caractéristique de ce poste, ancienneté*)

Nom du médecin du travail :

Coordonnées :

Date du dernier avis du médecin du travail :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apte Restriction d'aptitude Inapte

(Fournir éventuellement l'avis d'aptitude de votre médecin du travail)

Perspective (si inapte ou restriction d'aptitude)

Reclassement interne Aménagement des conditions de travail
 Licenciement envisagé Autre

I 4 – Projet professionnel, motivations

Souhait d'une activité professionnelle, mais absence de projet
 Projet professionnel confirmé

Précisez :

J – Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes

Un établissement médico-social :
 Foyer de vie ou Occupationnel d'Accueil (FOA)
 Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)
 Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)

Joindre copie du dernier bilan si vous êtes déjà en établissement

Un service d'accompagnement :
 Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)
 Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)

Joindre copie du dernier bilan si vous êtes déjà suivi par un SAVS ou SAMSAH

Date d'entrée souhaitée :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ?

Précisez lequel :

K – Pièces **obligatoires** à joindre à votre demande

Important : Les photocopies doivent être lisibles.

- Un **certificat médical** daté de moins de 6 mois et **signé par un médecin**
- 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 et une copie du jugement de protection juridique le cas échéant).
Pour les moins de 20 ans joindre la copie du livret de famille.
- Une photocopie d'un **justificatif de domicile** (ex : dernière facture ou échéancier EDF)

Des pièces supplémentaires vous seront demandées si nécessaire.

Déclaration sur l'honneur :

Le signataire certifie sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et s'engage à signaler toute modification de situation qui pourrait intervenir.

Sauf opposition de votre part, les membres de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH pourront être amenés à prendre contact avec les professionnels qui vous accompagnent dans vos démarches (CAF, Conseil départemental, Service public de l'emploi, établissements et services accompagnant les personnes en situation de handicap, professionnels libéraux, hopitaux, etc ...).

Fait à : _____

Le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature :

de la personne concernée

de son représentant légal

(signature obligatoire sauf mesure de tutelle pour les personnes majeures)

" Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement." (Article L114-13, L114-19 du code de la sécurité sociale – Article 441-1 du code pénal – Article L135-1 du code de l'action sociale et des familles).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

**Confidentiel
secret médical**



Maison Départementale
des Personnes Handicapées
Côtes d'Armor

**A COMPLETER
UNIQUEMENT EN NOIR**

Certificat médical

Destiné à être joint à une demande auprès de la MDPH

Nom de naissance.....
Nom d'épouse.....
Prénom..... Date de naissance...../...../.....
Adresse.....
N° d'immatriculation sécurité sociale...../...../...../...../...../...../...../.....
N° de dossier auprès de la MDPH (si connu).....

Aucune décision n'est possible sans un certificat médical.

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés:

Joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs.

Vous pouvez alors simplement faire référence à ces documents dans les rubriques concernées

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande auprès de la MDPH.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a besoin que vous lui transmettiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel. Ce médecin reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

* «Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.» (Article L.114 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)

**Maison Départementale des Personnes Handicapées des Côtes d'Armor
3 rue Villiers de l'Isle Adam - CS 50401
22194 PLERIN Cedex**

Pathologie principale à l'origine du handicap

code CIM

Pathologies autres

Histoire de la (des) pathologie(s) invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande auprès de la MDPH

Date de début des troubles - origine, circonstance d'apparition - antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap - poids de naissance **pour les enfants** - bilan initial, facteur de gravité, évolutivité...

- Accident du travail Maladie professionnelle compte(s) rendu(s) joint(s) (*préciser*)

Description clinique actuelle, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur ...

Poids Taille latéralité dominante avant handicap..... compte(s) rendu(s) joint(s) (*préciser*)

Perspective d'évolution

- Stabilité Aggravation Incapacité fluctuante (*préciser, si nécessaire, la fréquence des poussées*)
 Risque vital Amélioration (*préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles*) non définie

En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif : Joindre un audiogramme récent avec et sans appareillage et un audiogramme vocal

Observations :

En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif : Joindre le compte rendu type ci-joint rempli par un ophtalmologiste

Observations :

Retentissement sur la sécurité : *gestion des situations à risque, Capacité de discerner les dangers, mise en danger...*

Entretien personnel : *toilette, habillage, continence, alimentation...*

Vie quotidienne et vie domestique : *travaux ménagers, course, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches...*

Retentissement sur la vie sociale et familiale
(*si besoin*)

Retentissement sur la scolarité (*si en âge scolaire*) :

Retentissement sur l'emploi (*si besoin*)

Si la personne travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi :

Si la personne ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation :

Dans les deux cas précisez les restrictions d'aptitudes accompagnements souhaitables:

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :
 non oui (*préciser*)

A : sans difficulté **B : difficilement ou avec aide technique**
C : aide humaine partielle **D : aide humaine totale**

Faire sa toilette.....
S'habiller, se déshabiller.....
Manger et boire des aliments préparés.....
Couper ses aliments.....
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire

A	B	C	D

et fécale

non oui (*préciser*)

Avis du médecin du travail joint

non oui (*préciser*)

non oui (*préciser*)

éventuelles, les aménagements de poste et/ou

Préconisations : *Prise en charge médico-sociale, aide humaine, aide technique, aménagements... (Si besoin)*

Observations (*Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne*)

Certificat médical établi par :

A..... le..... **Cachet (obligatoire)**
Signature du médecin

Compte rendu type pour un bilan ophtalmologique

A joindre au certificat médical destiné à la maison départementale des personnes handicapées

Nom :Prénom :

Date de naissance :

Diagnostic principal :Pathologies associées :

Date du bilan : Œil droit Œil gauche

Meilleure Acuité visuelle de loin Sans correction

Échelle de Monoyer à 5 mètres Avec correction

Meilleure Acuité visuelle de près Sans correction

Échelle de Parinaud à 40 cm
avec le meilleur éclairage Avec correction

Le champ visuel binoculaire est-il normal ? oui non (compléter le tracé binoculaire Goldman III/4 au verso)

La vision des couleurs est-elle normale ? oui non (préciser)

La sensibilité aux faibles contrastes est-elle normale ? oui non (préciser)

Nystagmus non oui (préciser)

Diplopie non oui (préciser)

Strabisme non oui (préciser)

Photophobie non oui (préciser)

Cécité nocturne non oui (préciser)

Evolution prévisible des troubles amélioration stabilité aggravation non définie

Si amélioration : Dans quel délai ? Comment ?

Déplacement à l'extérieur du domicile

**Sans moyens
de compensation***

**Avec moyens
de compensation***

Seul avec aisance en permanence

Seul selon certaines conditions (luminosité,
durée ou difficulté du trajet)

Avec l'aide d'un tiers pour certains déplacements(préciser)

Avec l'aide d'un tiers pour tous les déplacements

Réalisation des tâches de la vie courante

**Sans moyens
de compensation***

**Avec moyens
de compensation***

Seul avec aisance en permanence

Seul selon certaines conditions (luminosité ...)

Avec l'aide d'un tiers pour certaines tâches (préciser)

Avec l'aide d'un tiers pour toutes les tâches

***Moyens de compensation spécifiques** : stratégies cognitives et attentionnelles ; Aides techniques

Retentissement fonctionnel des troubles visuels sur la vie personnelle, sociale et professionnelle :

A
Signature du médecin:

le

Cachet (obligatoire)

Figure 1 - Coupole de Goldman

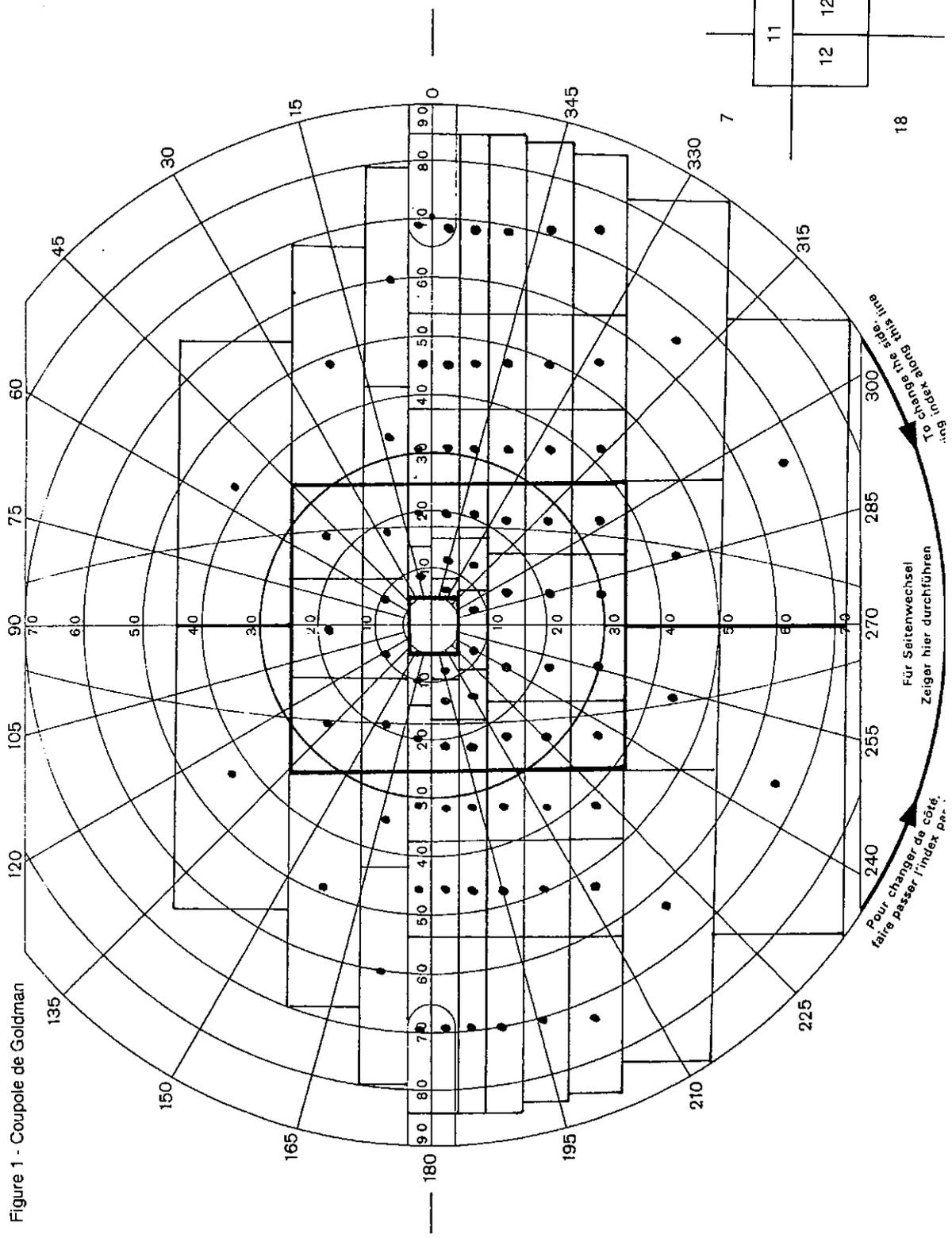


Figure 2

