



**Fiche de renseignements pour une demande d'allocation (AEEH/PCH)
auprès de la MDPH**

1 – Composition familiale

Enfant concerné par la demande

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe fréquentée :

Représentants légaux :

- Parent 1 : Nom

Prénom :

- Parent 2 : Nom

Prénom :

Conjoint (sans lien de parenté) : Nom Prénom :

Frères et sœurs :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom : Prénom : Date de naissance :

2 – Activité professionnelle des parents

	Parent 1	Parent 2 (ou conjoint)
Nom, Prénom		
Statut (salarié, indépendant, sans emploi, congé parental...)		
Temps de travail% %
Percevez-vous les ressources suivantes ?		
Indemnités de congé parental	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
AJPP	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, à quelle quotité ? Date de fin de droits AJPP :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Indemnités France Travail	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Indemnités journalières	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pension d'invalidité	Si oui <input type="checkbox"/> quelle catégorie ? Non <input type="checkbox"/>	Si oui <input type="checkbox"/> quelle catégorie ? Non <input type="checkbox"/>

➤ En cas de modification de votre temps de travail, pourquoi avez-vous diminué ou cessé votre activité ?

.....
.....
.....

➤ Si vous avez sollicité d'autres organismes (CPAM, MSA, Mutuelle, Plateforme TND ...), merci de préciser lesquels et pour quelles raisons :

.....
.....



3 – Emploi du temps actuel de l'enfant :

Temps scolaire – activités périscolaires – soins et prises en charge paramédicales (ex : kiné, psychomotricité, orthophonie, ergothérapie : préciser les horaires dans la semaine)

Préciser les modes de garde particuliers : assistante maternelle, crèche, centre de loisirs, autres interventions éducatives (TISF : Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale, éducateur...).

	MATIN	MIDI - Lieu du repas ?	APRÈS-MIDI
LUNDI Préciser les horaires			
MARDI Préciser les horaires			
MERCREDI Préciser les horaires			
JEUDI Préciser les horaires			
VENDREDI Préciser les horaires			

– Des soins nécessaires à votre enfant sont-ils effectués par vous-même, lui-même, ou une autre personne ?

(*) Joindre pour ces dépenses des justificatifs (devis et factures)

Type de soins	Nature	Montant	Fréquence	Lieu / Structure / Type de transport	Financement à votre charge
Consultations / rééducations		(*)			
Traitement médicamenteux		(*)			
Soins (pansements...)					



– Êtes-vous amené(s) à intervenir la nuit auprès de votre enfant ? Oui Non

Si oui, précisez pourquoi et la fréquence des interventions :

.....
.....
.....

– Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier ? Oui Non

Préciser les contraintes que cela entraîne : horaires particuliers, interdiction de certains aliments, fréquence particulière des repas, produits spéciaux...

.....
.....
.....

– Votre enfant a-t-il besoin d'une surveillance particulière dans la vie quotidienne en lien avec des mises en danger ?

Oui Non Si oui précisez laquelle et dans quelles situations ?

.....
.....
.....

– Votre enfant peut-il rester seul à domicile sans danger ? Si oui, combien de temps ?

.....
.....
.....

– Votre enfant peut-il jouer ou s'occuper seul ? Si oui, combien de temps ?

.....
.....
.....

– Communication : votre enfant a-t-il des difficultés de communication nécessitant la mise en place de moyens de compensation (matériel spécifique, interprète...) ?

.....
.....
.....

– Pouvez-vous décrire la vie sociale et relationnelle de votre enfant ?

.....
.....
.....



– Votre enfant a-t-il besoin d'une aide et/ou d'une stimulation dans les actes essentiels ? Oui Non

Si oui, merci de renseigner précisément le tableau suivant :

Actes essentiels	Détaillez vos interventions pour chacun des items et ce que votre enfant peut faire seul	Détaillez le temps dédié par jour
Toilette Laver et sécher les différentes parties du corps		
Habillage et déshabillage		
Prise de repas Boire, porte à la bouche, couper, mixer, alimentation spécifique...		
Élimination Propreté, mises aux toilettes, changes de couches...		
Transferts et déplacements dans le logement		
Transferts et déplacements à l'extérieur, prise des transports en commun		



Commentaires libres

Date à laquelle le questionnaire a été complété :

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude de ces informations, apposer la mention « lu et approuvé »

Signature du ou des représentants légaux / parents :