

Questionnaire relatif à l'autonomie de l'enfant (QRAE)

mise en œuvre du décret n° 2022-570 du 19 avril 2022

Ce document est destiné à favoriser une évaluation précise des besoins de votre enfant par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. **L'évaluation des aides de compensation dépendra notamment des informations recueillies.** Elles sont complémentaires du formulaire de demande à la MDPH et du certificat médical.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter le plus précisément possible ce questionnaire.

Pour compléter l'ensemble de ce document, vous pouvez vous faire aider par :

- l'assistant(e) social(e) de l'établissement scolaire ou médico-social où est accueilli votre enfant,
- le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)
- un(e) assistant(e) social(e) du Centre Départemental d'Action Social (CDAS) le plus proche de votre domicile,
- par les associations de soutien aux personnes en situation de handicap

Ou encore contacter la Maison Départementale des Personnes Handicapées MDPH au **0 800 35 35 05** (*appel gratuit*) ou par mail à contact@mdph35.fr

1 – Renseignements administratifs

Nom de l'enfant : Prénom :
 Date de naissance :
 N° de téléphone du ou des responsables légaux :
 Adresse :
 Téléphone : mail :

Si la personne qui complète ce QRAE n'est pas le représentant légal de l'enfant
 Nom, Prénom de la personne :
 Fonction, structure :

2 – Activité professionnelle des représentants légaux

| Situation professionnelle | Nom parent 1 : | Nom parent 2 : |
|---|----------------|----------------|
| Statut (salarié, indépendant, sans emploi, congé parental...) | | |
| Temps de travail | | |

En cas de diminution ou d'arrêt de votre activité professionnelle, quelles sont les contraintes qui ont nécessité cette adaptation ?

.....

Envisagez-vous de reprendre une activité professionnelle ou d'augmenter votre temps de travail ?

Oui Non

Si oui à quelle quotité ?.....
 Quelle sera la date de reprise ?

3 – Frères et sœurs ou autres enfants à charge :

Préciser leur Nom, prénom et leur date de naissance ainsi que le lien (*frère, sœur, autre*) :

| Nom, Prénom | Date de naissance | Lien |
|-------------|-------------------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

4 – Prise en charge de votre enfant

| Type de prise en charge | Nom et lieu | Temps de présence par semaine (en jour ou heure) Nombre de nuits |
|--|-------------|--|
| Crèche ou Halte-garderie | | |
| Assistante maternelle | | |
| Etablissement scolaire : | | |
| Classe fréquentée : | | |
| Accueil cantine : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | | |
| Accueil périscolaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | | |
| Etablissement médico-social | | |
| Hôpital de jour | | |
| Dispositif d'accueil temporaire | | |
| Autre personne salariée (*) | | |

(*) Exemples : auxiliaire de vie sociale, TISF (technicienne d'intervention sociale et familiale) éducateur...
Préciser ses fonctions et son lieu d'intervention.

5 – Votre enfant bénéficie-t-il de soins ?

Oui Non

Si oui, compléter le tableau ci-dessous

| Type de soins | Nature | Fréquence | Structure Lieu | Qui assure les soins ? (professionnels, parents ou enfant) |
|--------------------------------|--------|-----------|-------------------|---|
| Consultations/ rééducations | | | | |
| Traitement médicamenteux | | | | |
| Soins (pansements...) | | | | |

6 – 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 |
|---|--|-----------------------------------|
| <p>Toilette laver et sécher les différentes parties du corps</p> | | |
| <p>Habillage et déshabillage</p> | | |
| <p>Prise de repas boire, porter à la bouche, couper, mixer, alimentation spécifique...</p> | | |
| <p>Elimination propreté, mises aux toilettes, changes de couches...</p> | | |
| <p>Transferts et déplacements dans le logement</p> | | |
| <p>Transferts et déplacements à l’extérieur</p> | | |

7 – 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 dans quelles situations :

.....

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

.....

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

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

10 - Votre enfant peut-il sortir seul (selon l'âge) ? Sur quels types de trajet et avec quel type de transport (à pied, à vélo, en transports en commun, ...) ?

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

11 – Communication

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

Oui Non

Si oui, merci de préciser quelle(s) compensation(s) et dans quelle(s) situation(s) :

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

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

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

13 – Etes-vous amené(s) à intervenir la nuit auprès de votre enfant (endormissement difficile ou réveils nocturnes) ?

Oui Non

Si oui, précisez le motif et la fréquence des interventions :

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

14 – Votre enfant pratique-t-il des activités de loisirs en milieu ordinaire ? Si des adaptations ou du temps supplémentaire sont nécessaires, pouvez-vous détailler :

Oui Non

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

15 - La situation de handicap de votre enfant implique-t-elle des déplacements spécifiques non pris en charge par la CPAM ?

Oui Non

Si oui, complétez le tableau ci-dessous :

| Nature du déplacement | Qui assure le transport (famille, taxi, autre) | Fréquence | Nombre de kms Aller et Retour |
|-----------------------|---|-----------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

16 – En tant que parent(s), avez-vous des dépenses liées au handicap de votre enfant ?

Oui Non

Si oui, complétez le tableau ci-dessous :

NB : Toute demande de financement doit être précise et accompagnée de justificatifs, factures, devis, prescriptions médicales, argumentaires, bilans ou déclarations sur l'honneur des frais engagés (selon la nature de la demande).

| Catégories de frais | Nature | Montant et Fréquence (hebdomadaire, mensuel, annuel...) | Financements déjà obtenus (CPAM, mutuelle, associations, CAF...) |
|--|--------|--|---|
| Rééducation / Suivi | | | |
| Couches, protections (pour les enfants de + de 3 ans uniquement) | | Nombre de protections par 24h : | |
| Aides techniques | | | |
| Aide animalière (chiens labélisés) | | | |
| Matériel pédagogique spécifique | | | |
| Assurance spécifique | | | |
| Loisirs ou vacances adaptés | | | |
| Autres : | | | |

Vêtements et chaussures : s'il existe une usure prématurée de certains vêtements et/ou chaussures de votre enfant, merci de nous en indiquer la raison. Précisez vos dépenses annuelles totales, tous vêtements et chaussures confondus :

.....

.....

.....

.....

Commentaires libres

Date :

Signature des responsables légaux :