

2. ORGANISATION ACTUELLE DE LA VIE DE VOTRE ENFANT

▪ **Votre enfant est-il scolarisé ?** OUI NON

Si OUI, indiquez le nom de l'école :

en classe ordinaire

en classe spécialisée

à temps complet

à temps partiel - précisez le nombre de ½ journées par semaine : _____

Est-il : externe demi-pensionnaire interne

Est-il boursier : OUI NON

Bénéficie-t-il d'une accompagnatrice de vie scolaire ? OUI NON

▪ **Votre enfant est-il accueilli en établissement spécialisé ou service ?** OUI NON

Si OUI, entourez le nom de l'établissement ou du service :

IME	CAJEDA (ACH)	APEH-NC	ASH	MGP	ISA
Autre (indiquez le nom) : _____					

Il y est accueilli : à temps complet

à temps partiel - précisez le nombre de ½ journées par semaine : _____

▪ **Votre enfant est-il accueilli en crèche/garderie ?** OUI NON

Si OUI, indiquez le nom de la crèche ou de la garderie :

Il y est accueilli : à temps complet

à temps partiel - précisez le nombre de ½ journées par semaine : _____

▪ **Votre enfant est-il gardé à domicile ?** OUI NON

Avez-vous recours à l'aide d'une tierce personne? OUI NON

Si OUI, à quels moments de la journée ? _____

Qui s'occupe de votre enfant ? _____

Pour quel type d'aide ? _____

▪ **Votre enfant a-t-il des prises en charge thérapeutiques ou rééducatives à l'extérieur de l'école ou de l'établissement qu'il fréquente ? (orthophonie, kiné, CMP, CATTP, hôpital de jour.)**

Précisez lesquelles et à quel moment : _____

▪ **Votre enfant a-t-il des loisirs ?** OUI NON

Si OUI, lesquels ? _____

▪ **Votre enfant participe-t-il à des activités en centre de loisirs ?** OUI NON

Si OUI, précisez la fréquence sur une année : nombre de semaines par an durant lesquelles vous inscrivez (ou vous inscrirez) votre enfant en centre de loisirs : semaines par an.

Souhaitez-vous qu'il y soit accompagné par une auxiliaire de vie ? OUI NON

Si votre enfant ne participe pas à des activités de loisirs à l'extérieur, vous pouvez si vous le souhaitez nous en donner les raisons (*choix familial, état de santé, nécessité d'une tierce personne, difficultés de transport...*) : _____

3. AUTONOMIE DE VOTRE ENFANT

- **En référence à son âge et au regard de son handicap, quels sont les actes pour lesquels votre enfant n'est pas autonome ?**

- **Quelles sont les réponses déjà apportées pour faire face à ces difficultés ?**

- **Selon vous, la situation de votre enfant nécessite-t-elle un accompagnement de vie dans son établissement scolaire ?** OUI NON

Les éventuels besoins d'accompagnement de vie scolaire seront évalués par l'équipe éducative au sein de l'école, afin de préciser l'emploi du temps de l'enfant et la nature de l'aide souhaitée.

Si votre enfant n'est pas encore scolarisé, précisez dans votre demande (chapitre 6) les besoins que vous estimez nécessaires.

4. DÉPLACEMENT ET TRANSPORT ADAPTÉ

- **Votre enfant rencontre-t-il des difficultés pour utiliser un transport collectif public/privé ordinaire, ou individuel ordinaire, en raison de son handicap ?** OUI NON

Si OUI, quelle(s) en est(sont) la (les) raison(s) et pour quel (s) déplacement (s) ?

Si OUI, indiquez les lieux de déplacement et leur fréquence :

Lieu (quartier) : Combien de fois par semaine ?

Lieu (quartier) : Combien de fois par semaine ?

Lieu (quartier) : Combien de fois par semaine ?

5. FRAIS SUPPLEMENTAIRES (voir notice explicative paragraphe 4)

La situation de handicap de votre enfant entraîne-t-elle des frais mensuels supplémentaires non pris en charge par votre assurance maladie (CAFAT, aide médicale, mutuelle...)? OUI NON

Si vous faites une demande d'aide pour ces frais supplémentaires, complétez le tableau ci-dessous (**joindre les justificatifs : facture, devis, etc.**) :

Nature des frais	Montant (par mois)	Financeurs sollicités	Remboursements obtenus	Reste à votre charge
Couches				
Parapharmacie				
Alimentation spécifique				
Autres, précisez :				

6. EXPRESSION DES ATTENTES ET BESOINS DE VOTRE ENFANT

Ce paragraphe vous invite à vous exprimer librement sur les attentes et les besoins de votre enfant en relation avec sa situation ; il permet également de résumer vos demandes.

Précisez, si vous le souhaitez, les attentes et les besoins de votre enfant en lien avec sa scolarité, sa vie quotidienne, sa vie affective, sa vie familiale, sa vie sociale, ses loisirs, etc. :

Vous pouvez préciser le nom, la fonction et le téléphone de la personne qui vous a éventuellement accompagné(e) dans cette formulation :

Je soussigné(e) (*nom et prénom*) :

représentant légal 1 ou 2 ⁽¹⁾ de l'enfant (*nom et prénom*) :

certifie sur l'honneur que les renseignements mentionnés sur cette demande sont exacts⁽²⁾ et je m'engage à signaler toute modification de ces renseignements.

À, le ____ / ____ / _____ Signature :

Les formulaires renseignés, datés et signés sont à déposer ou à renvoyer à la CEJH
7 Avenue Paul Doumer – BP M2 – 98849 NOUMEA CEDEX
Tel : 24 37 23 Fax : 24 22 17

(1) Rayer les mentions inutiles

(2) Conformément à l'article 43 de la loi de pays n°2009-2 du 7 janvier 2009 « Est passible d'une amende de 596 000 francs CFP quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir une des aides prévues dans la présente loi du pays, qui n'est pas due, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant. »