

ATTENTION : ne fournir les pièces qu'une seule fois lorsque vous effectuez plusieurs demandes en même temps

	AEEH	CARTE	PCH	Orientation scolaire	ETS. MEDICO	MATERIEL PEDAGOGIQUE
Formulaire de demande	•	•	•	•	•	•
Certificat médical daté de moins de 6 mois	•	•	•	•	•	•
3 photocopies recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et de son représentant légal (pour les enfants, vous pouvez photocopier le livret de famille ou carte d'identité)	•	•	•	•	•	•
Attestation de jugement de tutelle + copie de la carte d'identité de la tutelle	•	•	•	•	•	•
Justificatif d'adresse	•	•	•	•	•	•
Attestation CAF	•	•	•	•	•	•
Attestation Sécurité Sociale	•	•	•	•	•	•
Attestation de l'employeur pour réduction du temps de travail d'un ou des deux parents L'attestation doit préciser le pourcentage de réduction du temps de travail.	•					
3 photos d'identité		•				
Copie des factures et devis des frais (aménagement véhicule, logements, matériels ou autres)	•		•			
Attestation récapitulative des frais et déplacements (kilométrage) mensuels	•		•			
Photocopie de la carte grise + le cas échéant permis de conduire de la personne handicapée (pour les demandes d'aménagement de véhicule)			•			•
Informations complémentaires Formulaire MDPH972	•	•	•			
Relevé d'identité bancaire ou postal	•		•			
Copie avis d'imposition de l'année n-1			•			
GEVASCO				•	•	•
Le bilan psychologique				•	•	•
Bilan paramédical	•			•	•	•

UNIQUEMENT POUR LES ENFANTS DE 0 à 19 ans

FORMULAIRE DE DEMANDE(S) ENFANTS / JEUNES

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Enfant (nom prénom) :

École de référence :

École de scolarisation si elle est différente de l'école de référence :

Enfant et autres personnes vivant à domicile

Nom	Prénom	Date de naissance	Situation actuelle (scolarité, apprentissage, activité professionnelle ...)	Lien de parenté

Prise(s) en charge de l'enfant

Ajouter un **emploi du temps récapitulatif sur une semaine** (sauf internat) qui précise pour chaque période de la journée, la nature des prises en charge et les noms et qualités (exemple : père, mère, prestataire, école, établissement médico-social (préciser le type) professionnel de santé libéral) de la personne qui les assure.

Emploi du temps à remplir au verso.

Exemple

Jour	Heures	Prise en charge	Nom et Qualité	Lieu
Lundi	7 à 10 h	Lever, petit déjeuner, toilette, surveillance	Aidant familial (mère)	Domicile
	10 à 11 h	Orthophonie	Mme Dupont orthophoniste	CAMSP
	11 à 15 h	Repas, sieste, surveillance	Aidant familial (grand-mère)	Domicile
	15 à 16h	Kinésithérapie	M Martin	En cabinet
	16 à 21h	Surveillance, dî ner, coucher	Aidant familial (père)	Domicile

Vous pouvez également ci-dessous apporter toutes précisions que vous jugez utiles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

