

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 :	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>																														
Prénom (s):	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>																														
Date de naissance :	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td></tr></table>																				
Adresse :	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>																														
Code postal :	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td></tr></table>							<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td></tr></table>																								
Commune :	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>																														
Téléphone :	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td></tr></table>																<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td></tr></table>															
Adresse électronique :	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>																														

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"/> <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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Motif de la fin de contrat *: <small>*(Licenciement économique, inaptitude, démission....)</small>	_____	_____
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"/> <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"/>	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"/>
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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<small>*Y compris exploitant agricole, profession libérale</small>		
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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	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 : <input type="text"/>	<input type="text"/>
		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 : _____

B – Expression des attentes et besoins de la personne concernée – (projet de vie)

Ce paragraphe vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation.

Il est très important car il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH pour construire votre Plan Personnalisé de Compensation (PPC). Vous pouvez y préciser vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarisation, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisir ... (Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

- Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la MDPH pour exprimer mes attentes et mes besoins
- Je ne souhaite pas m'exprimer

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

Autorisez-vous la MDPH à la contacter ? Si oui précisez le N° de téléphone :/...../...../...../.....

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'AEEH

- 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.

Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)



cerfa
15695*01

Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document **obligatoire et essentiel** pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

A l'attention du médecin



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

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. **Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.**

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ? Oui Non

Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ? Oui Non

La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ? Oui Non

* « 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. 144 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005)

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical. Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je soussigné Docteur
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation
de M. ou Mme
depuis mon précédent certificat.

Date:

Signature:

A l'attention du patient



Merci d'aider votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° d'immatriculation
sécurité sociale :

N° de dossier
auprès de la MDPH :

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDPH ?

A joindre à ce document



Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs. Ces documents sont à joindre par le médecin et/ou le patient.

1. Pathologie motivant la demande

! Questions obligatoires

! Une pièce jointe est attendue

Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

Éléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité...) :

2. Histoire de la pathologie motivant la demande

Origine, circonstances d'apparition : !

- Congénitale
- Maladie
- Accident vie privée
- Accident du travail
- Maladie professionnelle

Date d'apparition :

- A la naissance
- Depuis moins de un an
- Depuis 1 à 5 ans
- Depuis plus de 5 ans

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :

Pour un enfant, indiquer la présence éventuelle d'un retard dans les acquisitions principales (développement psychomoteur, langage...) :

3. Description clinique actuelle

Poids : Taille :

Latéralité dominante avant handicap : Droite Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :	Permanents	Réguliers > 15 j par mois	ponctuel < 15 j par mois
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

Perspective d'évolution globale :

- Stabilité Incapacité fluctuante Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)
- Aggravation Evolutivité majeure Non définie



Comptes-rendus joints. Préciser :

Par exemple, bilan des Centres de Ressources Autisme, questionnaire sur le handicap psychique, bilan UEROS, etc...

4. Déficiences sensorielles



En cas de **déficience auditive** avec un retentissement significatif, joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du cerfa n°15695*01)

Observations :



En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du cerfa n°15695*01)

Observations :

5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne. Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée :

Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :

Effets secondaires du traitement :

Autres contraintes si connues (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale et/ou professionnelle...) :

Régime alimentaire :

Autre prise en charge concernant les soins :

- Hospitalisations itératives ou programmées Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser)
- Suivi médical spécialisé Autres

Fréquence

Précisions :

Prise en charge sanitaire régulière	Fréquence	Suivis pluridisciplinaires :	Modalité de suivi
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute		<input type="checkbox"/> CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique)	
<input type="checkbox"/> Infirmière		<input type="checkbox"/> CMP (Centre Médico Psychologique)	
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute		<input type="checkbox"/> CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)	
<input type="checkbox"/> Orthophoniste		<input type="checkbox"/> Hôpital de jour	
<input type="checkbox"/> Orthoptiste		<input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Psychologue			
<input type="checkbox"/> Psychomotricien			
<input type="checkbox"/> Autre			

Projet thérapeutique :

Type d'appareillage :

Corrections auditives : Unilatérale Bilatérale Appareillage Implant

Aide à mobilité : Déambulateur Canne Orthèse, prothèse (préciser)
 Fauteuil roulant électrique Fauteuil roulant manuel
 Autre préciser (Ex : Scooter, ...):

Appareillage visuel : Télé-agrandisseur Terminal-braille Logiciel de basse vision
 Loupe Logiciel de synthèse vocale

Alimentation / Elimination : Gastro ou jéjunostomie d'alimentation Stomie digestive d'élimination
 Sonde urinaire Stomie urinaire

Aides respiratoires : Trachéotomie O2 Appareil de ventilation (préciser)

Aide à la parole Prothèse phonatoire

Autre appareillage :

Précisions (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) :

6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Déplacement : périmètre de marche

Modalités d'utilisation des aides techniques			Fréquence d'utilisation
Cannes	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Déambulateur	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Ralentissement moteur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Besoin de pauses : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne et, **pour les enfants, par comparaison avec une personne du même âge.**

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

A	B	C	D	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

Mobilité, manipulation / Capacité motrice A B C D NSP

Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement

Marcher :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

Communication A B C D NSP

Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le téléphone :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) avec appareillage Oui Non

Précisions :



Cognition / Capacité cognitive

Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace...

A **B** **C** **D** **NSP**

Orientation dans le temps :

Orientation dans l'espace :

Gestion de la sécurité personnelle :

Maîtrise du comportement :

Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

Conduite émotionnelle et comportementale (Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale) :

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et familiale (insuffisante gestion des situations à risque, mise en danger...) :

Oui Non NSP

La personne sait-elle :

Lire Ecrire Calculer NSP

Entretien personnel

Toilette, habillage, continence, alimentation...

A **B** **C** **D** **NSP**

Faire sa toilette :

S'habiller, se déshabiller :

Manger et boire des aliments préparés

Couper ses aliments :

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :

Précisions (si incontinence, si supervision ou stimulation nécessaire...) :

Vie quotidienne et vie domestique

A B C D NSP

Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches...
NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge

Prendre son traitement médical :

Gérer son suivi des soins :

Faire les courses :

Préparer un repas :

Assurer les tâches ménagères :

Faire des démarches administratives :

Gérer son budget :

Autre (préciser) :

Précisions :

Retentissement sur vie sociale et familiale :

Situation familiale : Vie familiale Isolement Rupture Autre (préciser)

Présence d'un aidant familial : Oui Non

Quel est le lien de l'aidant avec la personne en situation de handicap ?

Quel type d'intervention ?

Précisions :

Retentissement sur la scolarité et les études supérieures :

Retentissement sur l'emploi :



Avis du médecin du travail joint (si disponible)

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi : Oui Non NSP

Si oui, préciser :



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

Si oui, préciser :

7. Remarques ou observations complémentaires si besoin

8. Coordonnées et signature

Docteur : Médecin traitant : Oui Non

Identifiant RPPS :  Identifiant ADELI : 

Adresse postale :

Téléphone : Email :

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :

Fait à :

Signature du médecin

Signature du patient (non obligatoire)

Volet 1



cerfa
15695*01

Compte rendu type pour un bilan auditif à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Date du bilan :/...../.....

1 - Description de la déficience auditive

La déficience auditive est-elle congénitale? Oui Non

Si oui, à quel âge est elle apparue? - Âge au diagnostic: - Âge au premier appareillage:

La déficience auditive est-elle syndromique? Oui Non

Si oui, quelles sont les déficiences associées?

- Degré de surdité (sans correction) selon les critères de classification du BIAP:

(audiogramme tonal et vocal à compléter au verso)

OD: Normal Léger Moyen Sévère Profond

OG: Normal Léger Moyen Sévère Profond

Contexte évolutif: amélioration stabilité aggravation non définie

Si amélioration possible: Dans quel délai? Comment?

- Signes associés:

acouphènes, préciser fréquence et intensité:

vertiges, préciser fréquence et intensité:

hyperacousie, préciser fréquence et intensité:

- Appareillage auditif: OD: Oui Non

Date de l'appareillage actuel:/...../.....

OG: Oui Non

Si Implant cochléaire, préciser le(s) côté(s): OD OG Date(s) d'implantation:/...../.....

2 - Modes de communication utilisés (au quotidien); plusieurs réponses possibles

Oral LPC LSF LSF Tactile Français Signé Écrit Écriture furtive ou fictive

Pictogrammes Autre, préciser : Aucune communication codée

Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC...) Oui Non

Préciser le type d'aide:

Communication orale possible au téléphone sans appareillage: Oui Non

avec appareillage (conventionnel ou implant): Oui Non

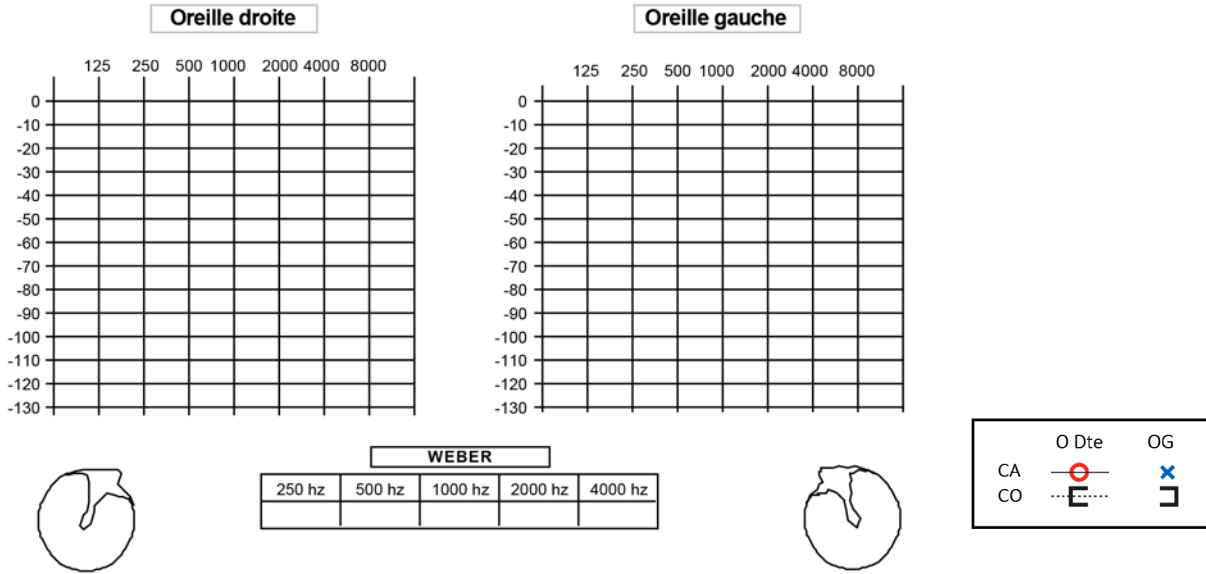
3 - Retentissement fonctionnel des troubles auditifs sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

À le

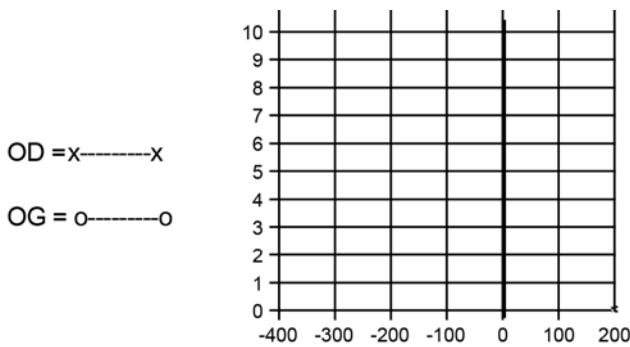
Cachet

Signature:

Audiométrie

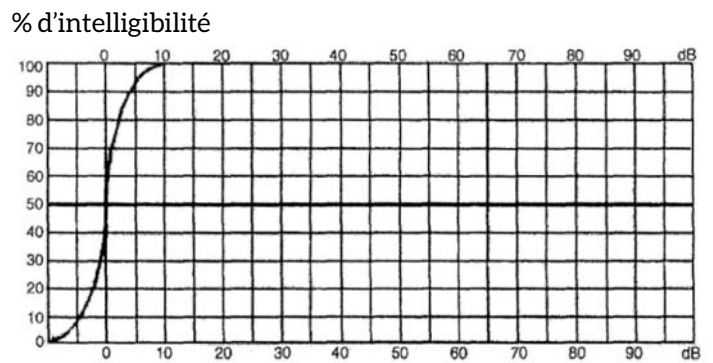


Tympanogramme



Test de Fournier

(listes de mots dissyllabiques) (sans appareillage ET avec appareillage conventionnel ou implant s'il existe)



Conséquences globales sur le plan du langage

- Élocution normale; niveau de langage normal.
- Niveau de langage normal et difficultés d'élocution relevant des aspects suivants:
 - perturbation du débit et du rythme, difficultés mélodiques et d'intonation;
 - troubles d'articulation liés à la surdité;
 - troubles de la voix, anomalies de la hauteur, du timbre, de l'intensité, voix nasonnée.
- Difficultés d'élocution comme le groupe précédent; retard de parole et/ou de langage avec notamment:
 - chute de la fin des mots et difficultés de prononciation des groupes consonantiques, mots déformés;
 - emploi peu fréquent des mots grammaticaux (articles, adverbes, conjonctions...), temps des verbes incorrects.
- Difficultés majeures d'élocution, troubles importants du langage ou absence d'expression acoustique de la parole; au mieux parole intelligible seulement pour la famille ou les professionnels de la rééducation.

Volet 2



cerfa
15695*01

Compte rendu type pour un bilan ophtalmologique à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées

Nom : Prénom : Âge :

Diagnostic principal :

Pathologies associées :

L'acuité visuelle de loin doit être mesurée avec la meilleure correction optique tolérée (en dehors de tout système optique grossissant) et transposée en système décimal. L'acuité visuelle de lecture doit être mesurée avec l'addition liée à l'âge et en lecture fluide.

Acuité visuelle avec correction :

Œil droit Œil gauche

- de loin (équivalent échelle de Monoyer)

- de lecture (équivalent échelle de Parinaud à 40 cm)

Remarque : les éléments suivants sont particulièrement importants à renseigner dans la mesure où ils apportent des éléments complémentaires sur l'importance de l'atteinte visuelle.

Le champ visuel binoculaire est-il normal? Oui Non (compléter le tracé au verso)

La vision des couleurs est-elle normale? Oui Non (préciser)

La sensibilité aux faibles contrastes est-elle normale? Oui Non (préciser)

Autres signes cliniques : (préciser)

• Nystagmus Oui Non

• Cécité nocturne Oui Non

• Diplopie Oui Non

• Présence d'hallucinose Oui Non

• Photophobie Oui Non

Évolution prévisible des troubles : amélioration stabilité aggravation non définie

Si amélioration : Dans quel délai ? Comment ?

Retentissement fonctionnel des troubles visuels sur la vie personnelle, sociale et/ou professionnelle : questionnaire pratique

• Difficultés dans : (cocher si nécessaire le besoin de tierce personne)

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--|
| - La lecture et l'écriture ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - La reconnaissance des visages à 1 m ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les gestes de la vie quotidienne ? (ex : préparation et prise des repas...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Utilisation du téléphone et appareils de communication ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Adresse gestuelle ? (ex : tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les déplacements intérieurs ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les déplacements extérieurs ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |

• Nécessité d'aides techniques spécialisées ? (optique, canne blanche, autres...) Oui Non

Préciser :

• Incompréhension des difficultés visuelles par les tiers ? Oui Non

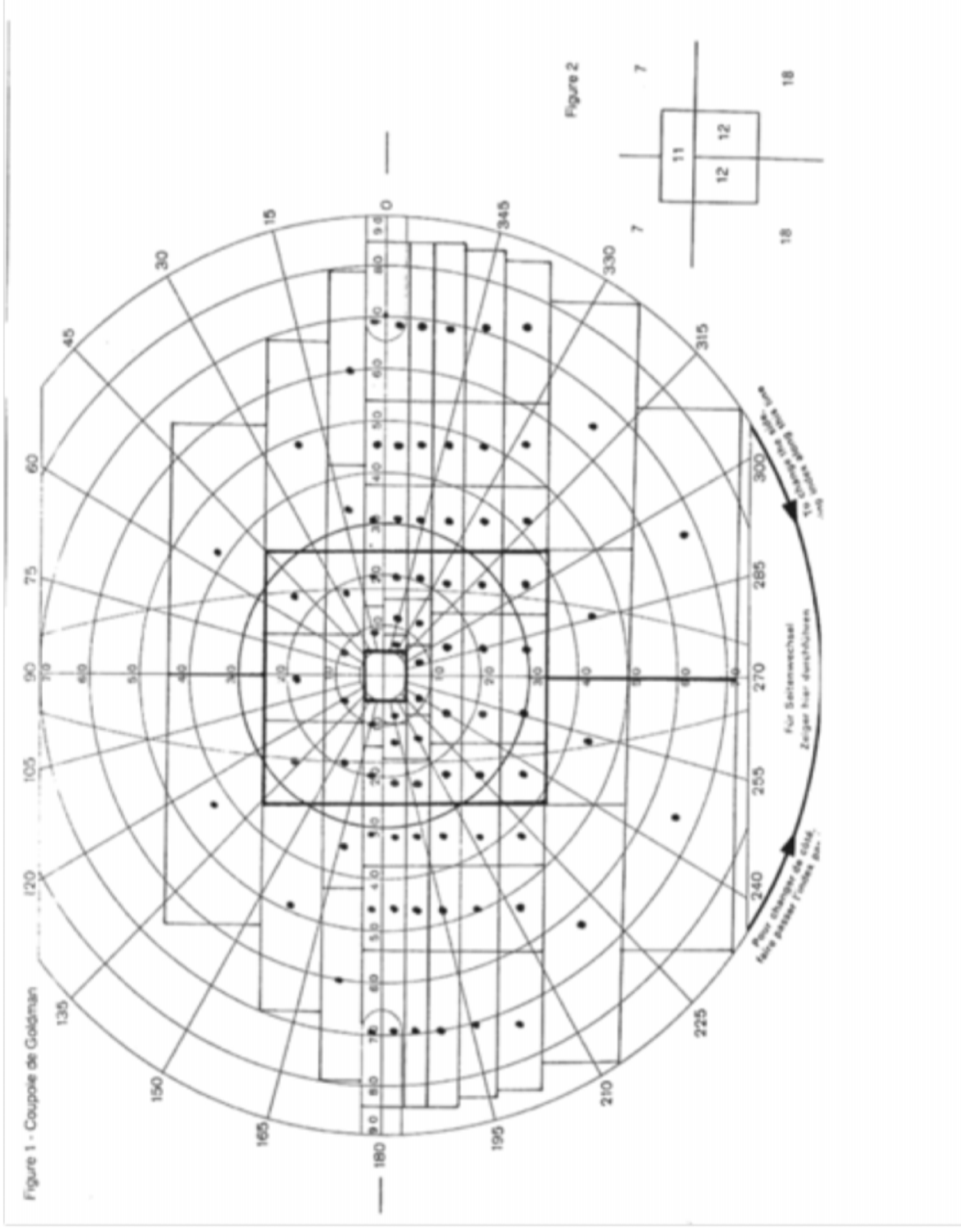
• Autres difficultés :

À le

Cachet

Signature :

À compléter si nécessaire - Champ visuel binoculaire (Champ visuel de Goldman III 4)



Le champ visuel binoculaire est apprécié à la coupole de Goldman avec le test III/4 sans dissociation des deux yeux (ou équivalent).