



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

Ce document est destiné à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Il a pour objectif de permettre une évaluation la plus précise possible des besoins de votre enfant.

**Nous vous remercions de prendre le temps de le remplir avec soins.**

Toutefois, si vous rencontrez des difficultés, vous pouvez solliciter l'aide d'une assistante sociale, d'un professionnel du CLIC ou de la MDPH.

### 1 – Renseignements administratifs

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° de téléphone fixe : ..... Portable : .....

### 2 – Prise en charge de votre enfant

	Nom et lieu	Temps de présence par semaine (en jour ou en 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 embauchée (*)		

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

### 3 – Activité professionnelle des parents

Quelle est votre quotité de temps de travail ?

	Sans emploi	50%	80%	100%	Autre (congé parental, congé maternité...)
<b>Père</b>					
<b>Mère</b>					

Quelles sont les contraintes qui ont nécessité une diminution de votre temps de travail ?

.....  
.....



En cas de congé parental d'éducation ou de présence parentale, envisagez-vous de reprendre une activité professionnelle à l'issu de celui-ci ?

Oui  Non

Si oui à quelle quotité ? .....

Quelle sera la date de reprise ? .....

**4 – Frères et sœurs : précisez leur prénom et leur date de naissance :**

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

**5 – Votre enfant a-t-il besoin d'une aide dans les actes de la vie quotidienne ?**

Oui  Non

Si oui, merci de renseigner précisément le tableau suivant :

	Détaillez vos interventions pour chacun des items et ce que votre enfant peut faire seul	Temps que vous y consacrez par jour
Toilette (laver et sécher les différentes parties du corps)		
Habillage et déshabillage		
Prise de repas (boire, porter à la bouche, couper, mixer, alimentation spécifique...)		
Elimination (propreté, mises aux toilettes, changes de couches...)		
Transfert et déplacements dans le logement		
Transferts et déplacements à l'extérieur		

**6 – Votre enfant a-t-il besoin d’une surveillance particulière dans la vie quotidienne ?**

Oui  Non

Si oui, précisez laquelle et dans quelles situations ?

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

**7 – 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) ? .....

**8 – Votre enfant bénéficie-t-il de soins ?**

Oui  Non

Si oui, compléter le tableau ci-dessous.

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

**9 – Etes-vous amené(s) à intervenir la nuit auprès de votre enfant ?**

Oui  Non

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

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

**10 – Les loisirs de votre enfant nécessitent-ils des adaptations particulières ou du temps supplémentaire ?**

Oui  Non  Si oui, précisez :

.....  
 .....

**11 - La situation de handicap de votre enfant entraîne t'elle des déplacements spécifiques ?**

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

**12 – En tant que parent(s), avez-vous des dépenses liées au handicap ?**

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)			
Aides techniques			
Aide animalière (chiens labélisés)			
Matériel pédagogique <b>spécifique</b>			
Assurance <b>spécifique</b>			
Loisirs ou vacances <b>adaptés</b>			
Autres :			

Vêtements et chaussures : s'il existe une usure prématurée de certains vêtements ou des chaussures de votre enfant, merci de nous en indiquer la raison. Précisez vos dépenses annuelles totales (tous vêtements et chaussures confondus) afin qu'un éventuel surcout puisse être évalué :

.....

.....

.....

.....

.....



## **14 – Déroulement de la journée**

Afin de connaître les rythmes de vie de votre enfant et les retentissements du handicap dans votre vie quotidienne, merci d'indiquer le déroulement d'une journée de 24 heures, de la manière la plus complète possible.

### **Organisation d'une journée type à DOMICILE sur 24 heures (ex : samedi ou dimanche)**

<b>Déroulement de la journée de l'enfant</b>	<b>Aidant</b>	<b>Observations (type d'aide, comportement...)</b>

**Organisation d'une journée type à l'EXTERIEUR sur 24 heures (ex : école, crèche...)**

<b>Horaire</b>	<b>Activité de l'enfant</b>	<b>Aidant</b>	<b>Observations (type d'aide, comportement...)</b>

**Date :**

**Signature des responsables légaux :**