

Questionnaire complémentaire pour les personnes en situation de handicap liée à des altérations des fonctions mentales, cognitives, psychiques dont les troubles neuro-développementaux

(Troubles du développement intellectuel, troubles du développement de la parole ou du langage, troubles du spectre de l'autisme, troubles spécifiques développementaux des apprentissages, trouble du développement de la coordination motrice, déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité,...)

Source : CIM 11

Notice de remplissage

Le questionnaire suivant est complémentaire au formulaire de demande MDPH.

Il **n'est pas obligatoire** mais recommandé afin d'aider l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation à **mieux cerner vos besoins** en lien avec votre situation de handicap.

Il est constitué de deux parties distinctes qui se complètent :

- La partie 1 (Volet 3 du certificat médical) est à remplir par votre médecin à partir de sa connaissance de votre situation.
- La partie 2 (Retentissements dans votre vie quotidienne) est à remplir par vous ou votre entourage (aidant familial, professionnel médical, social, etc.).

Si nécessaire, plusieurs exemplaires peuvent être complétés et renvoyés à la MDPH.

A partir des éléments fournis dans votre formulaire de demande et ce questionnaire complémentaire, les professionnels de la MDPH vont déterminer les aides qui vous seraient utiles.

Les informations que vous donnez sont confidentielles.

Vos données personnelles sont utilisées par la Maison départementale des personnes handicapées pour étudier votre demande. Elles sont transmises le cas échéant aux organismes qui mettent en œuvre et paient les droits qui vous sont attribués.

Vous pouvez accéder à vos données en vous adressant au délégué à la protection des données de votre MDPH. Vous pouvez demander la rectification ou la limitation de ces données.

1 Volet 3 du certificat médical

i **Volet complémentaire à joindre au certificat médical** destiné à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour les personnes en situation de handicap liée à des altérations des fonctions mentales, cognitives, psychiques dont les troubles neuro-développementaux.

- Ce document s'adresse à votre (vos) médecin(s).
- Ce document est à renvoyer à la MDPH.

Ce volet vient compléter le certificat médical. Il n'est pas obligatoire de le transmettre dans le dossier de demande à la MDPH mais il permet aux équipes d'évaluation de mieux cerner vos besoins.



Identification de la personne :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

N° d'immatriculation
sécurité sociale :

i Indiquez ci-dessous les différentes fonctions altérées, en apportant si besoin les informations complémentaires utiles à la compréhension de la situation et de l'importance de l'atteinte

Ce document a-t-il été rempli lors d'une 1ère consultation ou lors d'un suivi ? 1ère consultation Suivi

La personne présente une altération d'une ou plusieurs des fonctions suivantes (les autres altérations de fonctions sont à indiquer dans le document de base du certificat médical) :

Observations complémentaires (description, variabilité dans le temps, intensité, atteinte de seulement une partie de la fonction...) :

attention (compétences permettant d'orienter, de maintenir, de déplacer, de diviser son attention)

mémorisation (compétences permettant d'enregistrer et de se souvenir d'informations à court ou à long terme, ainsi que d'enregistrer des automatismes)

organisation, exécution et coordination des gestes (compétences permettant la conceptualisation, la mise en oeuvre et l'exécution des mouvements simples ou complexes)

langage oral (compétences permettant la réception et l'expression du langage parlé ou gestuel)

langage écrit (compétences permettant la réception et l'expression du langage écrit)

calcul et manipulation des chiffres et des nombres (compétences permettant la reconnaissance et l'utilisation des nombres, symboles et fonctions mathématiques)

fonctions exécutives (compétences permettant l'abstraction, la compréhension de l'implicite, la prise d'initiative, l'organisation, la planification, la gestion du temps et de l'espace, la perception du temps qui passe, la flexibilité cognitive, la prise de décision, le jugement et la résolution de problèmes)

perception (compétences permettant les perceptions auditives, visuelles, olfactives, gustatives, tactiles ou proprioceptives)

perception et expression de la douleur

pensée (compétences permettant de gérer et organiser le rythme, la forme et le contenu de la pensée, ainsi que de contrôler la pensée)

La personne présente une altération d'une ou plusieurs des fonctions suivantes (les autres altérations de fonctions sont à indiquer dans le document de base du certificat médical) :

Observations complémentaires (description, variabilité dans le temps, intensité, atteinte de seulement une partie de la fonction...) :

- motivation** (compétences permettant de se mobiliser pour initier ou accomplir des actions de base ainsi que d'anticiper, d'entreprendre ou de persévérer dans un projet)
- cognition sociale** (compétences permettant le décodage et l'expression de ses émotions, la reconnaissance et la compréhension des émotions, pensées, croyances, désirs et intentions d'autrui, l'empathie émotionnelle)
- sociabilité et interaction sociale** (compétences permettant l'établissement de la relation à l'autre, l'interaction avec autrui de façon adaptée, le respect et la compréhension des codes sociaux)
- métacognition** (compétence permettant l'évaluation de ses capacités et de la qualité de ses réalisations, la prise en compte de cette évaluation pour ajuster son comportement, la reconnaissance et la prise en compte de ses limites, la conscience de ses troubles, la capacité à demander de l'aide et à mettre en place des stratégies)

Éléments complémentaires que vous souhaiteriez indiquer par rapport aux altérations de fonctions de votre patient (notamment retentissement fonctionnel) :

La personne présente une ou plusieurs des manifestations cliniques ci-contre : Merci de bien vouloir décrire ci-dessous l'impact (fréquence, intensité, variabilité dans le temps... dans la vie de la personne)

Liste indicative (non-exhaustive) : troubles du sommeil, troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles phobiques, troubles obsessionnels, troubles de la vie émotionnelle et affective, troubles des conduites addictives, troubles de l'estime de soi, troubles du comportement alimentaire, troubles praxiques, troubles phonologiques, hallucinations, idées délirantes, difficultés comportementales, intérêts restreints, comportements stéréotypés, difficultés à tolérer le changement, hypo sensorialité, hypersensorialité, fatigabilité, lenteur, trouble de la compréhension, trouble de l'écriture, trouble des apprentissages, troubles « Dys » (TDLO/dysphasie, dyspraxies, dyslexie, dyscalculie, dysorthographe), trouble de l'attention, troubles neurovisuels, troubles des traitements spatiaux, troubles de l'organisation et de la planification, troubles de l'initiative, troubles de la régulation des émotions, etc.

Exemple 1 : TOC à type de vérification présents plus de 15 jours / mois, et prenant 2 à 4h/j

Exemple 2 : Difficultés comportementales et relationnelles avec mises en danger (invite des inconnus pour la nuit), risques de gestes auto-agressifs, difficultés à supporter la collectivité

Éléments complémentaires que vous souhaiteriez indiquer par rapport aux manifestations cliniques de votre patient :



Coordonnées et signature

Docteur :

Identifiant RPPS :

Identifiant ADELI :

Adresse postale :

Téléphone :

Email :

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

Fait à :

Signature et cachet :

2 Retentissements dans votre vie quotidienne

- i** Ce document s'adresse à la personne et à son entourage (aidant familial, professionnel médical, social, médico-social, etc.)
- Si plusieurs personnes souhaitent le compléter, plusieurs exemplaires peuvent être renvoyés.
- Ce document est à renvoyer à la MDPH, en complément du dossier de demande. Il n'est pas obligatoire de le transmettre dans le dossier de demande à la MDPH mais il permet aux équipes d'évaluation de mieux cerner vos besoins.

Description des répercussions dans les différents aspects de la vie

i Pour le remplissage, aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

A : réalisé sans grande difficulté et sans aucune aide

B : réalisé sans aide mais avec de grandes difficultés

C : réalisé seulement avec aide humaine directe (dont stimulation et/ou soutien) et/ou aide technique

D : non réalisé

Pour les enfants, indiquez la différence par rapport à un enfant du même âge, ne précisez que les items adaptés à l'âge de l'enfant.

Type d'activité	Niveau de répercussion				Observations utiles pour mieux expliquer la situation (indiquez par exemple si une aide est nécessaire, si la situation change selon les jours, si la personne ne peut faire qu'une partie de l'activité, quelle partie de l'activité peut seulement être effectuée, si elle est trop jeune pour certaines activités, si plusieurs personnes doivent intervenir ...)
	A	B	C	D	

Domaine : 1. Tâches et exigences générales

Si vous n'avez pas de difficultés à réaliser les activités de ce domaine, passez directement aux activités du domaine suivant

S'orienter dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'orienter dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gérer son comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gérer ses émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gérer le stress y compris pour faire face à des situations impliquant de la nouveauté ou de l'imprévu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vivre de manière autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entreprendre et mener à son terme un activité simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entreprendre et mener à son terme une activité complexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organiser, coordonner et planifier des tâches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enchaîner plusieurs actions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maintenir, fixer, diriger son attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Evaluer ses capacités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avoir conscience de ses troubles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pouvoir demander de l'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Repérer une situation de danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ne pas mettre en danger ni soi, ni les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Réagir de façon adaptée à une situation risquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Domaine : 2. Relations et interactions avec autrui

Si vous n'avez pas de difficultés à réaliser les activités de ce domaine, passez directement aux activités du domaine suivant

Respecter les conventions et les règles sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suivre les règles d'une conversation (tour de parole,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Type d'activité	Niveau de répercussion				Observations utiles pour mieux expliquer la situation (indiquez par exemple si une aide est nécessaire, si la situation change selon les jours, si la personne ne peut faire qu'une partie de l'activité, quelle partie de l'activité peut seulement être effectuée, si elle est trop jeune pour certaines activités, si plusieurs personnes doivent intervenir ...)
	A	B	C	D	

Domaine : 2. Relations et interactions avec autrui (suite)

Entrer en relation, interagir de façon adaptée avec des personnes familières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrer en relation, interagir de façon adaptée avec des personnes non-familières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des relations affectives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savoir faire confiance à bon escient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Domaine : 3. Mobilité / capacité motrice, sensorielle, cognitive, psychique

Si vous n'avez pas de difficultés à réaliser les activités de ce domaine, passez directement aux activités du domaine suivant

Rester assis de façon prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester debout de façon prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mettre en oeuvre des actions motrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer la coordination bi-manuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer la motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sortir de son domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer dans un environnement familier et s'adapter aux imprévus (chantiers, grèves, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer dans un environnement non familier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer avec un moyen de transport individuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer avec un moyen de transport en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduire un véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Domaine : 4. Entretien personnel

Si vous n'avez pas de difficultés à réaliser les activités de ce domaine, passez directement aux activités du domaine suivant

Laver et sécher son corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser l'eau et les produits, matériels ou méthodes appropriées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savoir régler la température de l'eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se laver les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller aux toilettes et assurer son hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mettre et ôter vêtements et chaussures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller selon les circonstances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exprimer le besoin de manger ou boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre l'initiative de manger ou boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger ou boire à des horaires et fréquences adaptés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordonner les gestes nécessaires pour manger ou boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surveiller son régime alimentaire et sa condition physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretenir sa santé (prendre son traitement, consulter si besoin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Domaine : 5. Communication

Si vous n'avez pas de difficultés à réaliser les activités de ce domaine, passez directement aux activités du domaine suivant

Comprendre la signification de messages parlés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendre la signification de messages écrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendre la signification de messages gestuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialoguer, échanger avec une ou plusieurs personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser des appareils techniques traditionnels de communication (téléphone, sms, mail)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser des appareils et techniques de communication alternative (pictogramme, synthèse vocale, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Type d'activité	Niveau de répercussion				Observations utiles pour mieux expliquer la situation (indiquez par exemple si une aide est nécessaire, si la situation change selon les jours, si la personne ne peut faire qu'une partie de l'activité, quelle partie de l'activité peut seulement être effectuée, si elle est trop jeune pour certaines activités, si plusieurs personnes doivent intervenir ...)
	A	B	C	D	

Domaine : 6. Apprentissage et application des connaissances

Si vous n'avez pas de difficultés à réaliser les activités de ce domaine, passez directement aux activités du domaine suivant

Reproduire une action ou un symbole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apprendre en utilisant des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obtenir des informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acquérir le langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acquérir, comprendre et utiliser des concepts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apprendre à lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apprendre à écrire manuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apprendre à rédiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apprendre à orthographier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apprendre à compter, calculer...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acquérir et appliquer un savoir faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penser, formuler et manipuler des idées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lire, comprendre et interpréter des écrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produire des écrits spontanés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apprendre à utiliser un outil (stylo, ciseaux, vélo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Domaine : 7. Vie domestique et vie courante

Si vous n'avez pas de difficultés à réaliser les activités de ce domaine, passez directement aux activités du domaine suivant

Vivre dans un logement indépendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Planifier des courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Savoir quels produits sont à acheter lors des courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurer le paiement des achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Préparer un repas simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'occuper du linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utiliser sans risque les produits ménagers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utiliser des appareils électroménagers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gérer son budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faire les démarches administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'occuper de sa famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gérer son temps libre, avoir des activités récréatives, culturelles sportives ou de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organiser son travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contrôler son travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comprendre des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accepter des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'adapter à la vie scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Travailler en équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respecter les règles scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'installer dans la salle de cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utiliser des supports pédagogiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utiliser du matériel adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prendre des notes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'adapter aux conditions d'examen et de contrôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Participer à des sorties extrascolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autres, préciser :

Type d'activité	Niveau de répercussion A B C D	Observations utiles pour mieux expliquer la situation (indiquez par exemple si une aide est nécessaire, si la situation change selon les jours, si la personne ne peut faire qu'une partie de l'activité, quelle partie de l'activité peut seulement être effectuée, si elle est trop jeune pour certaines activités, si plusieurs personnes doivent intervenir ...)
-----------------	-----------------------------------	--

Domaine : 8. Travail et emploi

Si vous n'avez pas de difficultés à réaliser les activités de ce domaine, passez directement aux activités du domaine suivant

Organiser son travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contrôler son travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Être en contact avec le public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurer l'encadrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Travailler en équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Être ponctuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Être assidu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respecter les relations hiérarchiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Participer à des réunions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assumer des modifications d'horaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres, préciser :					

Elements importants que vous souhaiteriez indiquer par rapport au parcours de vie :

Informations et signature

Personne ayant complété le questionnaire :

Personne concernée par la demande à la MDPH
Avez-vous été aidé pour le remplissage ? OUI NON
Si oui, par qui ?

Aidant (non professionnel)
Vivez-vous avec la personne ? OUI NON
Lien avec la personne :

Professionnel
Merci de préciser :

Adresse email :

Téléphone :

Fait à : Le :

Signature :