

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

Nom, Prénom de l'enfant Date de naissance / /

Établissement scolaire fréquenté (école, collège, lycée, formation)

Nom de l'établissement

Adresse

Classe / niveau

Précisez les jours de la semaine et les horaires :

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
Matin					
Après-midi					

Autres établissements fréquentés (établissement spécialisé, hôpital de jour, CMP)

Nom

Adresse

Précisez les jours de la semaine et les horaires :

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
Matin					
Après-midi					

Autre type d'accueil (assistante maternelle, crèche, halte garderie, centre de loisirs...)

Nom

Adresse

Précisez les jours de la semaine et les horaires :

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
Matin					
Après-midi					

S'il y a réduction ou fin d'activité professionnelle, liée au handicap de l'enfant, pour un ou deux parents

Réduction d'activité de 10 % 20 % 30 % 50 % (joindre copie du contrat de travail ou attestation de l'employeur)

Autres : précisez votre quotité de travail par semaine (en heure) :

Fin d'activité (joindre justificatif)

Une personne extérieure intervient pour s'occuper de l'enfant (soins infirmiers, aide aux devoirs...)

Non Oui **Si oui, précisez la fréquence : jour(s) par semaine ou jours par mois**

Précisez le motif de son intervention :

Votre enfant participe aux activités sportives scolaires

Oui Non

Si oui, avec accompagnement

Oui Non

Il participe aux sorties scolaires

Oui Non

Votre enfant participe à des activités extra-scolaires de loisirs

Oui Non

Lesquelles et à quelle fréquence

Avec accompagnement

Oui Non

Votre enfant est capable de sorties autonomes

Oui Non

Vous êtes parfois sollicité par l'établissement scolaire pour venir chercher votre enfant

Si oui, à quelle fréquence et pourquoi

Votre enfant a besoin d'une aide directe aux actes de la vie quotidienne

Oui Non

Précisez les actes que votre enfant :

• ne peut pas accomplir seul, le temps nécessaire à la réalisation et la personne qui aide l'enfant pour ces actes

• peut accomplir avec aide partielle et/ou incitation (*aide partielle pour s'habiller, incitation pour la toilette...*)

• Autres observations

Votre enfant a besoin d'une surveillance spécifique dans la vie quotidienne

Oui Non

Si oui, pour quelles raisons

Précisez le temps nécessaire, la fréquence et l'accompagnant

Date : / /

Signature