

Identification	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle	Nom de naissance : Prénom : Nom d'usage / d'époux (se) :	N° DOSSIER :
----------------	---	--	--------------

Demande(s) à l'origine de l'évaluation :	<input type="checkbox"/> RQTH <input type="checkbox"/> ESAT <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> Prestation de compensation <input type="checkbox"/> Affiliation à l'assurance vieillesse <input type="checkbox"/> AEEH <input type="checkbox"/> Matériel pédagogique adapté <input type="checkbox"/> Avis pour aménagement des conditions d'examen	<input type="checkbox"/> Orientation professionnelle <input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Carte de priorité <input type="checkbox"/> Complément de ressource AAH <input type="checkbox"/> Allocation compensatrice <input type="checkbox"/> Orientation vers une structure médico-sociale (y compris maintien Creton) <input type="checkbox"/> AVS	<input type="checkbox"/> Marché du travail <input type="checkbox"/> Carte de stationnement <input type="checkbox"/> Transport scolaire <input type="checkbox"/> Avis pour aménagement de scolarité
--	--	--	---

Projet de vie Souhaits et projets de la personne
<input type="checkbox"/> La personne a demandé une aide à la formulation du projet de vie (projet professionnel, projet de formation y compris)
<input type="checkbox"/> La personne a formulé un projet de vie <input type="checkbox"/> La personne a exprimé un refus de formuler un projet de vie <input type="checkbox"/> Le projet de vie n'est pas présent dans le dossier
Complément ou évolution du projet de vie exprimé par la personne au cours de l'évaluation :

Avis de l'entourage et / ou du représentant légal
<i>(systématique pour les mineurs et les majeurs protégés, suivant le contexte pour les majeurs ayant la pleine capacité juridique, notamment en cas de déni ou d'anosognosie. La personne doit être informée de cette démarche.) Préciser l'identité et la qualité des personnes ayant répondu.</i>

L'ensemble des items de ce volet doit être également envisagé dans le volet 6 sous l'angle facilitateurs / obstacles, dans la perspective de leur interaction avec les activités.

Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire	Compléter la liste des personnes présentes au foyer, sauf si :		Observations :	
	<input type="checkbox"/> Marié	<input type="checkbox"/> Vit seul	<input type="checkbox"/> Non précisé		
	<input type="checkbox"/> Veuf	Lien de parenté			Age
	<input type="checkbox"/> Séparé				
	<input type="checkbox"/> Divorcé				
<input type="checkbox"/> PACS					
<input type="checkbox"/> Concubin					
<input type="checkbox"/> Non précisé					

Situation sociale de la personne handicapée

Situation actuelle par rapport à l'activité ou l'emploi	<input type="checkbox"/> Enfant non scolarisé (dans ce cas préciser les modes de garde dans le tableau ci-dessous)																											
	<input type="checkbox"/> Scolarisation, formation initiale et/ou autres formations non rémunérées (dans ce cas renseigner volet 3A)																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Modalités de garde</th> <th>Temps de prise en charge (en heures / semaine) et nombre de nuits par semaine</th> <th>Nom et commune de l'établissement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Crèche</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Assistante maternelle</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Garde d'enfant à domicile</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Halte garderie</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Accueil périscolaire</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Centre de loisirs</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Centre de vacances</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Autres</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Modalités de garde	Temps de prise en charge (en heures / semaine) et nombre de nuits par semaine	Nom et commune de l'établissement	Crèche			Assistante maternelle			Garde d'enfant à domicile			Halte garderie			Accueil périscolaire			Centre de loisirs			Centre de vacances			Autres		
	Modalités de garde	Temps de prise en charge (en heures / semaine) et nombre de nuits par semaine	Nom et commune de l'établissement																									
	Crèche																											
	Assistante maternelle																											
	Garde d'enfant à domicile																											
	Halte garderie																											
	Accueil périscolaire																											
	Centre de loisirs																											
Centre de vacances																												
Autres																												
<input type="checkbox"/> Activité professionnelle même non rémunérée y compris ESAT, apprentissage, formation professionnelle rémunérée, interruption momentanée pour maladie... (dans ce cas renseigner volet 3B)																												
<input type="checkbox"/> Adulte sans activité, dans ce cas renseigner ci-dessous :																												
<input type="checkbox"/> Invalidité																												
<input type="checkbox"/> Retraite anticipée																												
<input type="checkbox"/> Congé parental																												
<input type="checkbox"/> Autre inactif																												
<input type="checkbox"/> Chômage																												
<input type="checkbox"/> Retraité à l'âge normal																												
<input type="checkbox"/> Au foyer																												
<input type="checkbox"/> Non précisé																												

Cette situation est celle de la personne depuis : moins d'un an entre 1 et 5 ans plus de 5 ans inconnu

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Ressources propres de la personne

- Sans objet (*uniquement pour les personnes dont on n'attend pas qu'elles se procurent elles-mêmes leurs ressources, par exemple les enfants*)
- Salaire et autre revenu du travail
- Allocation chômage
- Indemnités journalières assurance maladie
- Pension d'invalidité 1^{ère} cat. 2^{ème} cat. 3^{ème} cat. (MTP)
- Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)
- Autres pensions (régimes particuliers d'invalidité ou d'incapacité – indemnisation par assurance...)

préciser : _____

Avec majoration pour aide d'une tierce personne de cette pension (éventuellement taux : _____)

AAH, préciser le montant : _____

Complément de ressources

Majoration Vie Autonome

RMI

Autre allocation (*préciser*) : _____

Retraite

Autres revenus (*préciser*) : _____

Absence de ressource personnelle

Non précisé

D'autres demandes de ressources sont-elles en cours ? (exemple : demande de pension d'invalidité) : oui non

(*si oui préciser*) : _____

Prestations familiales (*préciser*) : _____

Fonction Elective

ou participation à des instances ou organismes où siègent de droit des représentants de personnes handicapées ou de leurs familles

(à ne remplir que si demande de prestation de compensation pour des frais supplémentaires)

Sans objet

Exerce une des fonctions électives suivantes :

- Elu local (conseil municipal, conseil général, conseil régional)
- Député, sénateur
- Député européen
- Autre fonction élective relevant du code électoral (*préciser*)

Représentant d'associations représentatives des personnes handicapées dans une instance :

- CDA
- CDCPH
- CNCPH
- Conseil de la CNSA
- Commission communale d'accessibilité
- Autre instance où siègent de droit les représentants des personnes handicapées (*préciser*) _____

Date de fin du mandat : _____ / _____ / _____

Besoins en aide humaine (*dans le cadre de cette fonction*) : non oui (*préciser*) _____

Autres besoins (*dans le cadre de cette fonction*) : non oui (*préciser*) _____

L'ensemble des items de ce volet doit être également envisagé dans le volet 6 sous l'angle facilitateurs / obstacles dans la perspective de leur interaction avec les activités.

Logement	Type d'hébergement		<input type="checkbox"/> Domicile personnel	<input type="checkbox"/> Domicile familial	<input type="checkbox"/> Hébergé																																																																																																																																								
			<input type="checkbox"/> Etablissement médico-social	<input type="checkbox"/> Logement accompagné ou supervisé	<input type="checkbox"/> SDF																																																																																																																																								
			<input type="checkbox"/> Famille d'accueil	<input type="checkbox"/> Hôtel	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____																																																																																																																																								
	Situation (du titulaire de logement)		<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Locataire (bailleur privé)	<input type="checkbox"/> Locataire (bailleur social)																																																																																																																																								
			<input type="checkbox"/> Occupant à titre gratuit	<input type="checkbox"/> Logement de fonction	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____																																																																																																																																								
Type de logement		<input type="checkbox"/> Maison individuelle	Habitat en milieu :		<input type="checkbox"/> Urbain																																																																																																																																								
		<input type="checkbox"/> Appartement/studio			<input type="checkbox"/> Rural																																																																																																																																								
		<input type="checkbox"/> Chambre			<input type="checkbox"/> semi urbain																																																																																																																																								
		<input type="checkbox"/> Logement précaire, habitation mobile																																																																																																																																											
Caractéristiques du logement		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">existe</th> <th colspan="2">adapté</th> <th rowspan="2">superficie</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>oui</th> <th>non</th> <th>oui</th> <th>non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Accessibilité ext.</td> <td>Abords</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Parking/stationnement</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Entrée du bâtiment</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Parties communes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ascenseur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Autre élément repéré</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Accessibilité / adaptation</td> <td>Séjour</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cuisine</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Chambre</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>WC</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>salle de bain</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Circulation intérieure verticale</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Circulation intérieure horizontale</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Autre pièce</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Confort</td> <td>Chauffage</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Eau chaude</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gaz</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Electricité</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Autre élément repéré</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				existe		adapté		superficie			oui	non	oui	non	Accessibilité ext.	Abords						Parking/stationnement						Entrée du bâtiment						Parties communes						Ascenseur							Autre élément repéré						Accessibilité / adaptation	Séjour						Cuisine						Chambre						WC						salle de bain						Circulation intérieure verticale							Circulation intérieure horizontale							Autre pièce						Confort	Chauffage						Eau chaude						Gaz						Electricité							Autre élément repéré						Observations (Précisez notamment les éléments de domotique)			
		existe		adapté		superficie																																																																																																																																							
		oui	non	oui	non																																																																																																																																								
Accessibilité ext.	Abords																																																																																																																																												
	Parking/stationnement																																																																																																																																												
	Entrée du bâtiment																																																																																																																																												
	Parties communes																																																																																																																																												
	Ascenseur																																																																																																																																												
	Autre élément repéré																																																																																																																																												
Accessibilité / adaptation	Séjour																																																																																																																																												
	Cuisine																																																																																																																																												
	Chambre																																																																																																																																												
	WC																																																																																																																																												
	salle de bain																																																																																																																																												
	Circulation intérieure verticale																																																																																																																																												
	Circulation intérieure horizontale																																																																																																																																												
	Autre pièce																																																																																																																																												
Confort	Chauffage																																																																																																																																												
	Eau chaude																																																																																																																																												
	Gaz																																																																																																																																												
	Electricité																																																																																																																																												
		Autre élément repéré																																																																																																																																											
Eléments de vétusté mettant en jeu la faisabilité technique des adaptations : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (Préciser) _____																																																																																																																																													
Aménagements déjà réalisés : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui si oui, date de réalisation des aménagements ____/____/____ Description des aménagements réalisés : _____ _____ _____																																																																																																																																													
Aménagements à envisager <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Les aménagements envisagés sous l'angle de l'accompagnement humain sont détaillés dans les volets 6 et 7																																																																																																																																													
Déménagement à envisager <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui si oui : Aménagement impossible <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Aménagement jugé trop coûteux <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui																																																																																																																																													

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Environnements
posant
des problèmes
d'accessibilité
à la personne

Services concernés :	Sans objet*	Accessibilité pour la personne			Nature des difficultés rencontrées :
		oui	non	partielle	
Commerce					
Banque					
Poste					
Ecole, crèche, accueil périscolaire ...					
Autre service public de proximité					
Equipement culturel ou de loisir					
Transports en commun					
Autre (préciser)					

* n'existe pas ou la personne n'en a pas besoin (exemple : banque pour les nourrissons, crèche pour les personnes sans enfant)

Précisions concernant les transports en commun (plusieurs réponses possibles)

- Utilise les transports en commun
 N'utilise aucun transport en commun ou de substitution
 Utilise les transports en commun avec un accompagnateur
 Autre (préciser)

Précisions concernant le transport scolaire : sans objet

- Utilise un transport sanitaire avec deux accompagnateurs
 Utilise un transport sanitaire avec un accompagnateur
 Est transporté dans un véhicule spécialement aménagé autre que le véhicule familial (préciser aménagements)
 Utilise un transport individuel ordinaire avec chauffeur
 Est accompagné avec le véhicule de la famille
 Utilise les transports scolaires collectifs de droit commun

Observations / besoins non couverts :

Véhicule
personnel
ou familial

Utilise un véhicule personnel non oui *Si oui* passager conducteur

Nécessité d'un aménagement de véhicule non oui date de l'aménagement _____ / _____ / _____

Propriétaire du véhicule aménagé ou à aménager : la personne handicapée
 autre (préciser identité et lien avec la personne handicapée) _____

Assurance : particularités, restrictions, surprimes : non oui (préciser)

Cas où la personne est ou veut être conducteur :

Véhicule sans permis non oui
 Permis de conduire : non oui en cours
 Si permis : Durée de validité limitée non oui préciser date de fin : _____ / _____ / _____
 Mention d'un véhicule aménagé non oui (préciser les aménagements mentionnés) _____

Si en cours de formation : avis du délégué à la formation routière non oui (préciser)

Scolarité

- Jamais scolarisé**
- Non scolarisé actuellement**
- Actuellement scolarisé :**
 - Dans un seul établissement
 - Dans plusieurs établissements

Etablissement d'enseignement

- Dans l'établissement scolaire de référence
- Dans un établissement scolaire autre que l'établissement scolaire de référence
- Dans un établissement de l'enseignement supérieur

Autre type d'établissement

- Dans un établissement médico-social
- Dans un établissement sanitaire
- Autre (préciser)

- Par correspondance (préciser l'organisme) : _____
- A domicile : SAPAD : _____
- Autre modalité de scolarisation ou d'études à domicile : _____
- Autres (préciser) _____

Evaluation de la scolarité :

- Scolarité ordinaire : acquisitions comparables en rythme et en contenu à la moyenne de la classe d'âge
- Scolarité avec des aménagements permettant les acquisitions
- Scolarité avec des aménagements, qui ne permet cependant pas d'accéder aux acquisitions constatées pour la moyenne de classe d'âge

Projet de scolarisation ou d'études supérieures

- L'élève ou l'étudiant :
- possède un projet de scolarisation ou d'études supérieures qu'il mène de façon autonome
 - peut participer à l'élaboration de son projet
 - est en mesure de comprendre son projet mais ne peut y participer activement
 - n'est pas en mesure de comprendre véritablement ni de participer à l'élaboration de son projet

Synthèse du point de vue des professionnels (notamment des membres de l'équipe de suivi de la scolarisation) :

(les facteurs de risques, les points forts, les points faibles, les perspectives de formation, l'orientation suggérée...)

Préciser si l'orientation scolaire reste à définir dans le cadre du droit commun avant de finaliser le projet de scolarisation ou d'études supérieures :

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Parcours scolaire ou de l'enseignement supérieur	Historique de la scolarité : <input type="checkbox"/> Sans objet						
	<i>Année ou groupe d'années</i>	<i>Scolarité dans un établissement scolaire ou supérieur</i>	<i>Quotité*</i>	<i>Niveau de classe</i>	<i>Scolarité dans un établissement médico-social ou sanitaire</i>	<i>Quotité*</i>	<i>Niveau suivi</i>
Scolarité en cours : <input type="checkbox"/> Sans objet							
<i>Année ou période de l'année</i>	<i>Scolarité dans un établissement scolaire ou supérieur</i>	<i>Quotité*</i>	<i>Niveau de classe</i>	<i>Scolarité dans un établissement médico-social ou sanitaire</i>	<i>Quotité*</i>	<i>Niveau suivi</i>	
* : en demi-journées par semaine							

Evaluation des compétences scolaires <i>en référence aux programmes nationaux et des connaissances universitaires</i>	Evaluation du niveau scolaire ou universitaire : <input type="checkbox"/> Sans objet					
	<i>Identification des évaluations</i>	<i>Domaine disciplinaire</i>	<i>Passation complète (oui /non)</i>	<i>Passation pour partie (préciser lesquelles)</i>	<i>Modalités de passation*</i>	<i>Résultats</i>
	* Modalités de passation des évaluations : 1 = standardisées 2 = en autonomie avec temps supplémentaire 3 = avec aide de l'adulte					
	Examens ou concours passés : <input type="checkbox"/> Sans objet					
	<i>Intitulé de l'examen ou concours</i>	<i>Date</i>	<i>Résultat</i>	<i>Aménagement d'examen : (si oui, précisez)</i>		

Bilan de scolarisation et / ou formation initiale

NB : La scolarité et la formation initiale **en cours**, y compris les aménagements des conditions d'examen, ne sont pas renseignés ici mais dans le volet 3 A.

Scolarité	Dernière scolarité suivie (plusieurs réponses possibles) <input type="checkbox"/> Jamais scolarisé <input type="checkbox"/> Ecole maternelle <input type="checkbox"/> Ecole élémentaire : <input type="checkbox"/> Classe ordinaire <input type="checkbox"/> CLIS <input type="checkbox"/> Scolarisé en établissement médico-social (IME, IMPRO, ITEP...) <input type="checkbox"/> Collège : <input type="checkbox"/> Classe ordinaire <input type="checkbox"/> UPI <input type="checkbox"/> Lycée : <input type="checkbox"/> Classe ordinaire <input type="checkbox"/> UPI <input type="checkbox"/> Enseignement technique ou professionnel court (CAP, BEP ou équivalent) <input type="checkbox"/> Enseignement technique ou professionnel long (brevet de technicien, bac pro...) <input type="checkbox"/> Université ou études supérieures (y compris technique supérieur) <input type="checkbox"/> Non précisé	Eventuelles précisions :
	Diplômes obtenus <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Préciser) :	Remarques : a déjà bénéficié d'aménagements des conditions d'examen <input type="checkbox"/> Sans objet <input type="checkbox"/> Non précisé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Préciser) _____
Formation	Niveau de formation actuel : <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Vbis <input type="checkbox"/> VI	
	Parcours de formation professionnelle et/ou stages <input type="checkbox"/> sans objet	
	Ces précisions concernent le (a) dernier(ère) <input type="checkbox"/> formation ou <input type="checkbox"/> stage en date <input type="checkbox"/> programmé(e) <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> menée à son terme <input type="checkbox"/> interrompue Intitulé et/ou contenu : _____ Date de début : _____ Durée : _____ Organisme : _____ Lieu : _____ <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Etranger Rémunération de cette formation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Formation qualifiante : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Remarques :

Autres informations concernant le parcours de formation professionnelle	Tableau des formations suivies					Autres éléments du parcours professionnel et acquis professionnels :	
	Date	Organisme	Intitulé ou objet de la formation	Qualifiant			Observation
				oui	non		

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Parcours professionnel

Projet professionnel exprimé par la personne

Pas de projet professionnel exprimé par la personne
 Projet professionnel exprimé par la personne :
 Souhaite travailler
 Souhaite changer d'activité professionnelle
 Souhaite conserver son activité professionnelle
 Autre *préciser* :

Situation par rapport au travail

N'a jamais travaillé (*dans ce cas les questions suivantes sont sans objet, reprendre à la rubrique « chômage »*)
 A déjà travaillé, mais ne travaille plus actuellement (*dans ce cas renseigner la dernière activité professionnelle, ainsi que, selon les cas, soit la rubrique « Interruption temporaire d'activité » soit la rubrique « Inactivité actuelle »*)
 Travaille actuellement

Activité professionnelle (actuelle ou dernière activité)

Salarié secteur privé Salarié entreprise adaptée Salarié secteur public Travailleur indépendant ESAT (ex CAT)

Type de contrat (de l'emploi actuel ou du dernier emploi)

	Date de début	Date de fin	Observations
<input type="checkbox"/> Apprentissage			
<input type="checkbox"/> Stagiaire			
<input type="checkbox"/> Contrat de travail aidé			
<input type="checkbox"/> CDD			
<input type="checkbox"/> CDI		X	
<input type="checkbox"/> Intérim			
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)			
<input type="checkbox"/> Non précisé			

Quotité : Temps plein Temps partiel (*préciser*)

Catégorie professionnelle

Exploitant agricole Artisan, chef d'entreprise Cadre Prof. Intermédiaire Employé
 Ouvrier Retraité Autre sans activité Non précisé

Employeur (actuel ou dernier employeur) :

Poste de travail (caractéristiques de ce poste, ancienneté dans le poste...)

Aménagement de poste déjà réalisé Sans objet Oui Non Non précisé

Aptitude au poste Apte Restrictions d'aptitude Inapte
 Date du dernier avis du médecin du travail :
Préciser :

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Parcours professionnel	Perspective (si inapte ou restriction d'aptitude)					
	<input type="checkbox"/> Reclassement interne <input type="checkbox"/> Aménagement des conditions de travail Dans ces cas, intervention de la cellule maintien dans l'emploi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> A prévoir <input type="checkbox"/> Sans objet Préciser : <input type="checkbox"/> Reconversion professionnelle (préciser) <input type="checkbox"/> Licenciement envisagé <input type="checkbox"/> Autre (préciser)					
	Interruption temporaire d'activité (sans rupture du contrat de travail ou sans interruption définitive de l'activité indépendante)					
		<input type="checkbox"/> Congé maternité	<input type="checkbox"/> Congé parental	<input type="checkbox"/> Arrêt maladie ou AT/MP	<input type="checkbox"/> Congé longue maladie ou longue durée	<input type="checkbox"/> Autre congé : Préciser :
	Date de l'arrêt :					
	Date prévue pour la reprise :					
	Date de la visite de pré-reprise :					
Inactivité actuelle						
Durée totale d'activité : Durée totale d'inactivité : Date de fin d'activité : Motif de l'arrêt :			Si Chômage : Inscrit à l'ANPE <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Date inscription ANPE : n° identifiant : (Nb : les actions mises en œuvre seront précisées dans les volets 6 et 7)			

Evaluation Professionnelle		
Bilan de compétence <input type="checkbox"/> Sans objet	Avis du psychologue de l'AFPA <input type="checkbox"/> Sans objet	Autres avis <input type="checkbox"/> Sans objet
Date du bilan : Résultats :	Date de l'entretien : Avis sur le projet de formation : <input type="checkbox"/> Sans objet (si la personne n'a pas exprimé de projet de formation) Parcours préconisé :	(centres de préorientation, UEROS etc ... préciser)

Pathologie(s) à l'origine du handicap	Pathologie principale à l'origine du handicap			Code CIM : _____	
	Maladie rare dépendant d'un centre de référence <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (cf Orphanet)				
	Origine de la pathologie principale à l'origine du handicap				
	<input type="checkbox"/> Accident, date : <input type="checkbox"/> Accident vie privée IPP : <input type="checkbox"/> Accident professionnel IPP :	<input type="checkbox"/> Liée à la naissance <input type="checkbox"/> Anomalie chromosomique <input type="checkbox"/> Malformation congénitale <input type="checkbox"/> Complication de la grossesse <input type="checkbox"/> Complication de l'accouchement	<input type="checkbox"/> Maladie, année d'apparition : <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle IPP : <input type="checkbox"/> Origine génétique <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Origine inconnue	
Date d'apparition du handicap :					
Pathologies associées (en lien avec le handicap) :			Code CIM : _____		
Antécédents médicaux, chirurgicaux	Description : (pour les enfants : antécédents périnataux, âge de la mère à l'accouchement, procréation médicalement assistée, âge gestationnel, jumeau, multiparité, poids, taille, périmètre crânien à la naissance,...)				
	Histoire de la maladie (Circonstance de survenue, bilan initial en cas de traumatisme, facteurs de gravité, évolution des troubles...)				
Description clinique	Taille :	Poids :	Indice de Masse Corporelle :	Main dominante (avant handicap) : <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Ambidextre	
	Vision Acuité visuelle avec correction : De loin : œil droit œil gauche De près : œil droit œil gauche		Acuité visuelle sans correction : De loin : œil droit œil gauche De près : œil droit œil gauche		
	Périmètre de marche : <input type="checkbox"/> supérieur à 200 m <input type="checkbox"/> inférieur à 200m		Restriction du champ visuel <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser)		
	Audition Perte de l'acuité auditive sans correction : oreille droite oreille gauche		Perte de l'acuité auditive avec correction : oreille droite oreille gauche		Mesure de l'intelligibilité avec correction Mesure de l'intelligibilité sans correction (audiogramme vocal)
Description clinique (en détaillant les déficiences et le retentissement fonctionnel, ainsi que le cas échéant les résultats d'examens paracliniques significatifs)					

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Symptômes	Symptômes majorant les déficiences et incapacités		
	<i>Préciser : retentissement psychologique, asthénie, fatigabilité, lenteur, douleur, spasticité, amaigrissement, œdèmes, troubles du transit, nausées, prurit, toux ou expectoration ... préciser si ces symptômes sont dus au traitement.</i>		
Evolution	Durée prévisible des limitations fonctionnelles	Tendance évolutive (<i>appréciation globale</i>)	Si renouvellement, évolution depuis la précédente demande :
	<input type="checkbox"/> >1an <input type="checkbox"/> <1an <i>préciser :</i>	<input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Stabilité <input type="checkbox"/> Aggravation <input type="checkbox"/> Incapacité fluctuante <input type="checkbox"/> Risque vital	<input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Stabilité <input type="checkbox"/> Aggravation

Récapitulatif des déficiences	<i>(les plus importantes ou ayant un retentissement en terme de limitations d'activité - cf nomenclature)</i>			
		Déficiences 1	Déficiences 2	Déficiences 3
	<input type="checkbox"/> Déficiences intellectuelles et cognitives			
	<input type="checkbox"/> Déficiences du psychisme			
	<input type="checkbox"/> Déficiences auditives			
	<input type="checkbox"/> Déficiences du langage			
	<input type="checkbox"/> Déficiences visuelles			
	<input type="checkbox"/> Déficiences viscérales			
	<input type="checkbox"/> Déficiences motrices			
	<input type="checkbox"/> Autres déficiences			
Déficience principale :				

Prise en charge	Traitement régulier : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<i>Préciser la nature du traitement, la fréquence des prises, le mode d'administration, l'observance, la tolérance...</i>		
	Prises en charges régulières : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <i>Préciser la nature, la fréquence...</i>	<input type="checkbox"/> Consultations médicales régulières spécialisées ou non (<i>préciser</i>)		
		<input type="checkbox"/> Hospitalisations itératives ou programmées (<i>préciser</i>)		
		<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute		
		<input type="checkbox"/> Infirmier		
		<input type="checkbox"/> Orthophoniste		
		<input type="checkbox"/> Psychologue		
		<input type="checkbox"/> Ergothérapeute		
<input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>)				

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Prise en charge	Autres soins réguliers : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <i>Préciser les soins concernés :</i>			
	Nécessité d'assurer une prévention : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui			
	<i>Si oui préciser les actes</i>	<i>auto prévention</i>	<i>prévention réalisée par un tiers</i>	<i>fréquence</i>
	<input type="checkbox"/> Cutanée			
	<input type="checkbox"/> Urinaire et intestinale			
	<input type="checkbox"/> Pulmonaire			
	<input type="checkbox"/> Circulatoire			
	<input type="checkbox"/> Orthopédique			
	<input type="checkbox"/> Thermique			
	<input type="checkbox"/> Autre			
<i>précisions :</i>				

Contraintes	Existence de soins ou de traitements nocturnes : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <i>si oui préciser la nature et la fréquence</i>	
	Autres contraintes liées aux traitements ou aux soins : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Préciser
	<input type="checkbox"/> Nécessité de se maintenir à proximité d'un dispositif de soin ou d'assistance	
	<input type="checkbox"/> Temps consacré aux soins	
	<input type="checkbox"/> Horaires	
	<input type="checkbox"/> Voies d'administration	
	<input type="checkbox"/> Apprentissage de technique	
	<input type="checkbox"/> Assistance d'un tiers	
	<input type="checkbox"/> Charge affective	
	<input type="checkbox"/> Autres	

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Contraintes	Présence d'un appareillage : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <i>Précisions sur l'appareillage, son adaptation, sa tolérance, les circonstances de son utilisation et l'autonomie de la personne handicapée à l'utiliser</i>		
	<input type="checkbox"/> Petit appareillage (<i>préciser</i>)		<input type="checkbox"/> Sonde urinaire
	<input type="checkbox"/> Grand appareillage (<i>préciser</i>)		<input type="checkbox"/> Stomie digestive
	<input type="checkbox"/> 1 canne		<input type="checkbox"/> Alimentation par gastro ou jéjunostomie
	<input type="checkbox"/> 2 cannes, déambulateur		<input type="checkbox"/> Trachéotomie
	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant		<input type="checkbox"/> Appareil de ventilation (<i>préciser</i>)
	<input type="checkbox"/> Appareil auditif		<input type="checkbox"/> Dépendance à une autre machine (<i>préciser</i>)
	<input type="checkbox"/> Stomie urinaire		<input type="checkbox"/> Autres appareillages (<i>préciser</i>)
	Contraintes alimentaires : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <i>Préciser : régime, alimentation adaptée...</i>		
	Contraintes liées à l'exposition à des facteurs externes : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <i>Préciser</i>		
	<input type="checkbox"/> Froid		<input type="checkbox"/> Agents infectieux
	<input type="checkbox"/> Chaleur		<input type="checkbox"/> Stress
	<input type="checkbox"/> Intempéries		<input type="checkbox"/> Bruit
	<input type="checkbox"/> Humidité		<input type="checkbox"/> Luminosité
	<input type="checkbox"/> Poussières		<input type="checkbox"/> Foule
<input type="checkbox"/> Agents chimiques		<input type="checkbox"/> Autres (<i>préciser</i>)	
Autres contraintes : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <i>Préciser</i>			

Réadaptation fonctionnelle	<input type="checkbox"/> Sans objet <input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Préconisée
----------------------------	--

Autres questions	Conduite addictive : Consommation d'alcool, tabac et autres toxiques (<i>préciser le type de produit et de consommation, la quantité, éventuellement la surveillance à apporter, motivation à arrêter...</i>) <input type="checkbox"/> consommation <input type="checkbox"/> abus <input type="checkbox"/> intoxication
------------------	---

Si un bilan psychologique ou neuropsychologique, ou un bilan mémoire a été réalisé, préciser :

Tests	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (<i>préciser les tests et les résultats</i>)		
	Test et sa version	Date de passation	Résultats chiffrés et interprétations

Analyse psycho-clinique de la situation	
---	--

Pour les activités citées ci-dessous, permettant l'appréciation de l'éligibilité à la prestation de compensation en général et à l'élément d'aide humaine en particulier (selon l'annexe 2-5 du CASF), la capacité fonctionnelle (*appréciation des capacités fonctionnelles de la personne en dehors de toute assistance humaine ou matérielle, et selon les capacités attendues d'une personne de même âge qui n'a pas de problème de santé*) est également cotée selon les modalités suivantes, en référence à la CIF :

"0" : Pas de difficulté

"1" : Difficulté légère

"2" : Difficulté modérée

"3" : Difficulté grave

"4" : Difficulté absolue

"9" : Sans objet

Chaque domaine fait l'objet d'une **cotation globale des éventuelles difficultés** rencontrées par la personne selon les modalités suivantes :

- "sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)
- "non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)
- "oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

Pour les domaines ayant été cotés "oui", chaque activité principale et, le cas échéant en fonction des besoins, les activités secondaires, font l'objet d'une cotation

- **De la réalisation effective** (*Appréciation des difficultés rencontrées, par la personne, lorsqu'elle réalise effectivement une activité, en situation réelle de vie, et selon les réalisations attendues d'une personne de même âge qui n'a pas de problème de santé, en tenant compte notamment de la fatigabilité, la lenteur, la douleur, ...*) selon les modalités suivantes

"A" : Activité réalisée seul, sans aide humaine et sans difficulté

"B" : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle

"C" : Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière

"D" : Activité non réalisée

- **De l'environnement** influant sur la réalisation effective de cette activité selon qu'il est «**facilitateur**» ou «**obstacle**» (*en indiquant par une coche les aides et soutiens (aide humaine, aide technique, etc.) dont la mise en œuvre a été constatée lors de l'évaluation (facilitateurs) ainsi que les facteurs environnementaux qui actuellement contribuent aux difficultés de la personne dans la réalisation effective des différentes activités (obstacles)*) selon les modalités suivantes :

"H" : Environnement humain

"T" : Environnement Technique

"L" : Logement

"S" : Services

"A" : Environnement animal

- Pour tous les domaines et toutes les activités, il convient de préciser :

Lorsque l'environnement humain est facilitateur et s'il y a lieu : le temps quotidien d'aide effective constatée

Lorsque l'environnement technique est facilitateur : le Code ISO 9999 ou LPP s'il y a lieu (s'il s'agit d'une aide technique référencée)

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Tâches et exigences générales, relation avec autrui

Difficulté : "sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)
 "non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)
 "oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

"0" : Pas de difficulté
 "1" : Difficulté légère
 "2" : Difficulté modérée

"3" : Difficulté grave
 "4" : Difficulté absolue
 "9" : Sans objet

"A" : Activité réalisée seule, sans aide humaine et sans difficulté
 "B" : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
 "C" : Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
 "D" : Activité non réalisée

"H" : Environnement humain
 "T" : Environnement Technique
 "L" : Logement

"S" : Services
 "A" : Environnement animal

Capacité						Réalisation effective	Facilitateurs					Obstacles					Observations				
0	1	2	3	4	9		A	B	C	D	H	T	L	S	A	H		T	L	S	A
																					1.1 S'orienter dans le temps
																					1.2 S'orienter dans l'espace
																					1.3 Fixer son attention
																					1.4 Mémoriser
																					1.5 Prendre des décisions
																					1.6 Prendre des initiatives
																					1.6.1 Faire spontanément une demande d'aide (savoir repérer et mobiliser les ressources de son environnement si nécessaire)
																					1.6.2 Entrer spontanément en relation avec autrui
																					1.6.3 Entreprendre spontanément une activité simple
																					1.6.4 Entreprendre spontanément une activité complexe
																					1.7 Gérer sa sécurité
																					1.7.1 Ne pas mettre sa vie et/ou celle des autres en danger
																					1.7.2 Réagir de façon adaptée face à une situation risquée (percevoir les signaux de danger et apprécier les risques, adapter son comportement pour y faire face)
																					1.8 Respecter les règles de vie
																					1.9 Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales
																					1.10 Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui
																					1.11 Relations avec ses pairs
																					1.12 Avoir des relations affective et sexuelles

Pour ce domaine, détaillez les aides mise en œuvre dans le feuillet suivant



Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Pour le domaine «Tâches et exigences générales, relation avec autrui»,
les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide		Modalité		Précisions	Niveau de satisfaction de la personne	
Pour l'environnement humain	Aide de l'entourage		<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>)	<input type="checkbox"/> Frère/sœur <input type="checkbox"/> Autre parent <input type="checkbox"/> Ami, voisin	Temps (quotidien) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
	Aide de professionnels	Prise en charge sanitaire	<input type="checkbox"/> Hospitalisation complète <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel <input type="checkbox"/> Suivi ambulatoire <input type="checkbox"/> Accueil familial thérapeutique		Quotité (1/2 journée / semaine) ou fréquence (interventions par semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Accueil dans un établissement médico-social	<input type="checkbox"/> Pour enfant <input type="checkbox"/> Pour adulte <input type="checkbox"/> Pour personne âgée	<input type="checkbox"/> Accueil de jour <input type="checkbox"/> Accueil temporaire <input type="checkbox"/> Famille d'accueil	Quotité (1/2 journée / semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Accompagnement par un service médico-social	<input type="checkbox"/> SAMSAH <input type="checkbox"/> SAVS <input type="checkbox"/> SESSAD (<i>préciser type</i>) <input type="checkbox"/> CAMSP <input type="checkbox"/> CMPP <input type="checkbox"/> BAPU <input type="checkbox"/> Autre accueil médico-social (<i>préciser</i>)		Fréquence (interventions par semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Autres aides salariées	<input type="checkbox"/> Service prestataire (service à la personne agréé) <input type="checkbox"/> Service mandataire (service à la personne) <input type="checkbox"/> Emploi direct (y compris l'entourage)		Temps (quotidien) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
	Autres aides		<input type="checkbox"/> Fréquentation d'un groupe d'entraide mutuelle <input type="checkbox"/> Autre activité (<i>préciser</i>) :			<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
Pour le logement	Conditions de logement adaptées		<input type="checkbox"/> Hébergement au domicile d'un membre de la famille <input type="checkbox"/> Hébergement de nuit en structure médico-sociale <input type="checkbox"/> Hébergement de nuit en établissement sanitaire <input type="checkbox"/> Aménagement de logement (voir volet 2) <input type="checkbox"/> Logement supervisé			<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
Pour l'environnement animal	Aide animalière		<input type="checkbox"/> Chien d'assistance			<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Mobilité, manipulation

Difficulté : "sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)
 "non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)
 "oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

Capacité						Réalisation effective				Facilitateurs					Obstacles					Observations
0	1	2	3	4	9	A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A	
						2.1 Se mettre debout														
						2.1.1 Se coucher														
						2.1.2 S'asseoir														
						2.2 Faire ses transferts														
						2.3 Changer de point d'appui														
						2.4 Rester assis														
						2.5 Rester debout														
						2.6 Marcher														
						2.7 Se déplacer dans le logement, à l'extérieur														
						2.7.1 Se déplacer dans le logement														
						2.7.2 Se déplacer à l'extérieur														
						2.7.2.1 Se déplacer en terrain varié														
						2.7.2.2 Se déplacer en terrain accidenté														
						2.7.2.3 Se déplacer sur un terrain en pente														
						2.8 Utiliser des escaliers														
						2.9 Utiliser les transports en commun														
						2.10 Utiliser un véhicule particulier														
						2.11 Conduire un véhicule														
						2.12 Utiliser la préhension de la main dominante														
						2.13 Utiliser la préhension de la main non dominante														
						2.14 Avoir des activités de motricité fine														
						2.15 Avoir une coordination bi manuelle														
						2.16 Soulever et porter des objets (y compris en se déplaçant)														

Pour ce domaine, détaillez les aides mise en œuvre dans le feuillet suivant



2.9.1 Utilise les transports en commun, avec un accompagnateur
 2.9.2 Utilise les transports de substitution
 2.9.3 Utilise un transport avec surcoûts (préciser)
 2.9.4 Autre (préciser)

2.10.1 Avec aménagement du véhicule familial ou personnel
 2.10.2 Avec aide humaine pour accéder au véhicule familial ou personnel

2.11.1 Avec aménagement du poste de conduite mentionné sur le permis de conduire
 2.11.2 Avec aménagement pour l'accès au véhicule. Ainsi que pour cette activité l'obstacle « restrictions portées au permis de conduire »

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Pour le domaine « Mobilité, manipulation »,
 les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide		Modalité		Précisions	Niveau de satisfaction de la personne	
Pour l'environnement humain	Aide de l'entourage		<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Frère/sœur <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre parent <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Ami, voisin <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	Temps (quotidien) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait	
	Aide de professionnels	Prise en charge sanitaire	<input type="checkbox"/> Hospitalisation complète <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel <input type="checkbox"/> Suivi ambulatoire <input type="checkbox"/> Autre (préciser)		Quotité (1/2 journée / semaine) ou fréquence (interventions par semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Accueil dans un établissement médico-social	<input type="checkbox"/> Pour enfant <input type="checkbox"/> Pour adulte <input type="checkbox"/> Pour personne âgée	<input type="checkbox"/> Accueil de jour <input type="checkbox"/> Accueil temporaire <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre accueil médico-social (préciser)	Quotité (1/2 journée / semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Accompagnement par un service médico-social	<input type="checkbox"/> SAMSAH <input type="checkbox"/> SAVS <input type="checkbox"/> SESSAD (préciser type) <input type="checkbox"/> CAMSP <input type="checkbox"/> Autre accueil médico-social : préciser		Fréquence (interventions par semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Autres aides salariées	<input type="checkbox"/> Service prestataire (service à la personne agréé) <input type="checkbox"/> Service mandataire <input type="checkbox"/> Emploi direct (y compris l'entourage)		Temps (quotidien) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
	Autres aides		Préciser :			<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
Pour le logement	Conditions de logement adaptées		<input type="checkbox"/> Hébergement au domicile d'un membre de la famille <input type="checkbox"/> Hébergement de nuit en structure médico-sociale <input type="checkbox"/> Hébergement de nuit en établissement sanitaire <input type="checkbox"/> Aménagement de logement (à préciser activité par activité) <input type="checkbox"/> Logement supervisé		<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait	
Pour l'environnement animal	Aide animalière		<input type="checkbox"/> Chien d'assistance		<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait	

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Entretien personnel

Difficulté : "sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)
 "non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)
 "oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

"0" : Pas de difficulté "1" : Difficulté légère "2" : Difficulté modérée	"3" : Difficulté grave "4" : Difficulté absolue "9" : Sans objet	"A" : Activité réalisée seule, sans aide humaine et sans difficulté "B" : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle "C" : Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière "D" : Activité non réalisée	"H" : Environnement humain "T" : Environnement Technique "L" : Logement	"S" : Services "A" : Environnement animal
--	--	---	---	--

Capacité							Réalisation effective				Facilitateurs					Obstacles					Observations
0	1	2	3	4	9	A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A		

Pour ce domaine, détaillez les aides  mise en œuvre dans le feuillet suivant

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Pour le domaine «Entretien personnel»,
les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide		Modalité		Précisions	Niveau de satisfaction de la personne	
Pour l'environnement humain	Aide de l'entourage		<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>)	<input type="checkbox"/> Frère/sœur <input type="checkbox"/> Autre parent <input type="checkbox"/> Ami, voisin	Temps (quotidien) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
	Aide de professionnels	Prise en charge sanitaire	<input type="checkbox"/> Hospitalisation complète <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel <input type="checkbox"/> Suivi ambulatoire <input type="checkbox"/> Accueil familial thérapeutique		Quotité (1/2 journée / semaine) ou fréquence (interventions par semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Accueil dans un établissement médico-social	<input type="checkbox"/> Pour enfant <input type="checkbox"/> Pour adulte <input type="checkbox"/> Pour personne âgée	<input type="checkbox"/> Accueil de jour <input type="checkbox"/> Accueil temporaire <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre accueil médico-social : <i>préciser</i>	Quotité (1/2 journée / semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Accompagnement par un service médico-social	<input type="checkbox"/> SAMSAH <input type="checkbox"/> SAVS <input type="checkbox"/> SESSAD (<i>préciser type</i>) <input type="checkbox"/> CAMSP <input type="checkbox"/> SSIAD <input type="checkbox"/> SAAD <input type="checkbox"/> SPASAD <input type="checkbox"/> Autre accueil médico-social : <i>préciser</i>		Fréquence (interventions par semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Autres aides salariées	<input type="checkbox"/> Service prestataire (service à la personne agréé) <input type="checkbox"/> Service mandataire <input type="checkbox"/> Emploi direct (y compris l'entourage)		Temps (quotidien) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
	Autres aides		<input type="checkbox"/> Soins liés au handicap non pris en charge par ailleurs <input type="checkbox"/> Autres (<i>préciser</i>)			<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
Pour le logement	Conditions de logement adaptées		<input type="checkbox"/> Hébergement au domicile d'un membre de la famille <input type="checkbox"/> Hébergement de nuit en structure médico-sociale <input type="checkbox"/> Hébergement de nuit en établissement sanitaire <input type="checkbox"/> Aménagement de logement (à préciser activité par activité) <input type="checkbox"/> Autre logement adapté : <i>préciser</i>			<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Communication

Difficulté : "sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)
 "non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)
 "oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

"0" : Pas de difficulté
 "1" : Difficulté légère
 "2" : Difficulté modérée

"3" : Difficulté grave
 "4" : Difficulté absolue
 "9" : Sans objet

"A" : Activité réalisée seule, sans aide humaine et sans difficulté
 "B" : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
 "C" : Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
 "D" : Activité non réalisée

"H" : Environnement humain
 "T" : Environnement Technique
 "L" : Logement

"S" : Services
 "A" : Environnement animal

Capacité						Réalisation effective				Facilitateurs					Obstacles					Observations	
0	1	2	3	4	9	A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A		
						4.1 - Parler															
						4.2 - Entendre (percevoir les sons et comprendre)															
						4.2.1 – Entendre des sons															
						4.2.2 – Comprendre la parole en face à face															
						4.2.3 – Comprendre la parole dans un groupe															
						4.2.4 – Comprendre la parole en environnement bruyant															
						4.2.5 – Localiser l'origine des sons															
						4.3 - Voir (distinguer et identifier)															
						4.4 - Utiliser des appareils et techniques de communication															
						4.4.1 – Utiliser le téléphone															
						4.4.2 – Utiliser d'autres appareils et techniques de communication															
						4.5 - Comprendre une phrase simple															
						4.6 - Mener une conversation															
						4.7 - Produire et recevoir des messages non verbaux															

Pour ce domaine, détaillez les aides  mise en œuvre dans le feuillet suivant

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Pour le domaine, «Communication»,
les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

		Type d'aide	Modalité	Précisions	Niveau de satisfaction de la personne	
Pour l'environnement humain		Aide de l'entourage	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Frère/sœur <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre parent <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Ami, voisin <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	Temps (quotidien) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait	
	Aide de professionnels	Prise en charge sanitaire	<input type="checkbox"/> Hospitalisation complète <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel <input type="checkbox"/> Suivi ambulatoire <input type="checkbox"/> Accueil familial thérapeutique	Quotité (1/2 journée / semaine) ou fréquence (interventions par semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait	
		Accueil dans un établissement médico-social	<input type="checkbox"/> Pour enfant <input type="checkbox"/> Pour adulte <input type="checkbox"/> Pour personne âgée	<input type="checkbox"/> Accueil de jour <input type="checkbox"/> Accueil temporaire <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre accueil médico-social : préciser	Quotité (1/2 journée / semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Accompagnement par un service médico-social	<input type="checkbox"/> SAMSAH <input type="checkbox"/> SAVS <input type="checkbox"/> SESSAD (préciser type) <input type="checkbox"/> CAMSP <input type="checkbox"/> Autre accueil médico-social : préciser	Fréquence (interventions par semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait	
		Autres aides salariées	<input type="checkbox"/> Service prestataire <input type="checkbox"/> Service mandataire <input type="checkbox"/> Service spécialisé d'interprète <input type="checkbox"/> Emploi direct (y compris l'entourage) <input type="checkbox"/> Codeur en LPC <input type="checkbox"/> Traducteur en LSF <input type="checkbox"/> Technicien de l'écrit	Temps (quotidien ou mensuel : préciser) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait	
		Autres aides	Préciser :		<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait	
Pour le logement	Conditions de logement adaptées	<input type="checkbox"/> Hébergement au domicile d'un membre de la famille <input type="checkbox"/> Hébergement de nuit en structure médico-sociale <input type="checkbox"/> Aménagement de logement (à préciser activité par activité) <input type="checkbox"/> Logement supervisé		<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait		
Pour l'environnement animal	Aide animalière	<input type="checkbox"/> Chien d'assistance		<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait		

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Vie domestique et vie courante

Difficulté : "sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)
 "non" (i.e aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)
 "oui" (i.e les différents items du domaine sont à examiner)

"0" : Pas de difficulté
 "1" : Difficulté légère
 "2" : Difficulté modérée

"3" : Difficulté grave
 "4" : Difficulté absolue
 "9" : Sans objet

"A" : Activité réalisée seule, sans aide humaine et sans difficulté
 "B" : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
 "C" : Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
 "D" : Activité non réalisée

"H" : Environnement humain
 "T" : Environnement Technique
 "L" : Logement

"S" : Services
 "A" : Environnement animal

	Réalisation effective				Facilitateurs					Obstacles					Observations
	A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A	
5.1 Faire ses courses															
5.2 Préparer un repas simple															
5.3 Faire son ménage															
5.4 Entretenir son linge et ses vêtements															
5.5 S'occuper de sa famille															
5.6 Gérer son budget, faire les démarches administratives															
5.6.1 Gérer son argent au quotidien															
5.6.2 Gérer son compte bancaire															
5.6.3 Faire des démarches administratives															
5.7 Vivre seul dans un logement indépendant															
5.8 Avoir des relations informelles de voisinage															
5.9 Participer à la vie communautaire, sociale et civique															
5.9.1 Gérer son temps libre, avoir des activités récréatives ou participer à des activités culturelles, sportives ou de loisir															
5.9.2 Exprimer une demande liée à ses droits															
5.9.3 Participer à la vie locale															
5.10 Partir en vacances															

Pour ce domaine, détaillez les aides  mise en œuvre dans le feuillet suivant

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Pour le domaine « Vie domestique et vie courante »,
les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide		Modalité		Précisions	Niveau de satisfaction de la personne	
Pour l'environnement humain	Aide de l'entourage		<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>)	<input type="checkbox"/> Frère/sœur <input type="checkbox"/> Autre parent <input type="checkbox"/> Ami, voisin	Temps (quotidien)	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
	Aide de professionnels	Prise en charge sanitaire	<input type="checkbox"/> Hospitalisation complète <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel <input type="checkbox"/> Suivi ambulatoire <input type="checkbox"/> Accueil familial thérapeutique		Quotité (1/2 journée / semaine) ou fréquence (interventions par semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Accueil dans un établissement médico-social	<input type="checkbox"/> Pour enfant <input type="checkbox"/> Pour adulte <input type="checkbox"/> Pour personne âgée	<input type="checkbox"/> Accueil de jour <input type="checkbox"/> Accueil temporaire <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre accueil médico-social : <i>préciser</i>	Quotité (1/2 journée / semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Accompagnement par un service médico-social	<input type="checkbox"/> SAMSAH <input type="checkbox"/> SAVS <input type="checkbox"/> SAAD <input type="checkbox"/> SPASAD <input type="checkbox"/> Autre accueil médico-social : <i>préciser</i>		Fréquence (interventions par semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Autres aides salariées	<input type="checkbox"/> Service prestataire (service à la personne agréé) <input type="checkbox"/> Service mandataire <input type="checkbox"/> Emploi direct (y compris l'entourage)		Temps (quotidien) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
	Autres aides		<input type="checkbox"/> Protection juridique (<i>préciser</i>) <input type="checkbox"/> Portage des repas <input type="checkbox"/> Loisir spécialisé avec surcoûts (<i>préciser</i>)			<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
Pour le logement	Conditions de logement adaptées		<input type="checkbox"/> Hébergement au domicile d'un membre de la famille <input type="checkbox"/> Hébergement de nuit en structure médico-sociale <input type="checkbox"/> Hébergement de nuit en établissement sanitaire <input type="checkbox"/> Aménagement de logement <input type="checkbox"/> Logement supervisé			<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Application des connaissances, apprentissage

- Difficulté :
- "sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)
 - "non" (aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)
 - "oui" (les différents items du domaine sont à examiner)

"A" : Activité réalisée seule, sans aide humaine et sans difficulté
 "B" : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
 "C" : Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
 "D" : Activité non réalisée

"H" : Environnement humain
 "T" : Environnement Technique
 "L" : Logement
 "S" : Services
 "A" : Environnement animal

	Réalisation effective				facilitateurs					obstacles					Observations
	A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A	
6.1 - Lire															
6.2 - Ecrire															
6.3 - Calculer															
6.4 - Acquérir un savoir-faire															
6.5 - Appliquer un savoir-faire															

Pour ce domaine, détaillez les aides  mise en œuvre dans le feuillet suivant

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Pour le domaine «Application des connaissances, apprentissage»,
les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide		Modalité		Précisions	Niveau de satisfaction de la personne	
Pour l'environnement humain	Aide de l'entourage		<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>)	<input type="checkbox"/> Frère/sœur <input type="checkbox"/> Autre parent <input type="checkbox"/> Ami, voisin	Temps (quotidien) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
	Aide de professionnels	Prise en charge sanitaire	<input type="checkbox"/> Hospitalisation complète <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel <input type="checkbox"/> Suivi ambulatoire		Quotité (1/2 journée / semaine) ou fréquence (interventions par semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Accueil dans un établissement médico-social	<input type="checkbox"/> Pour enfant <input type="checkbox"/> Pour adulte <input type="checkbox"/> Pour personne âgée	<input type="checkbox"/> Accueil de jour <input type="checkbox"/> Accueil temporaire <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> CRP - CPO <input type="checkbox"/> UEROS <input type="checkbox"/> Autre accueil médico-social : <i>préciser</i>	Quotité (1/2 journée / semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Accompagnement par un service médico-social	<input type="checkbox"/> SAMSAH <input type="checkbox"/> SAVS <input type="checkbox"/> SESSAD (<i>préciser type</i>) <input type="checkbox"/> CAMSP <input type="checkbox"/> CMPP <input type="checkbox"/> BAPU <input type="checkbox"/> Autre accompagnement médico-social : <i>préciser</i>		Fréquence (interventions par semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Autres aides salariées	<input type="checkbox"/> Service prestataire (service à la personne agréé) <input type="checkbox"/> Service mandataire <input type="checkbox"/> Emploi direct (y compris l'entourage)		Temps (quotidien) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
	Autres aides		<input type="checkbox"/> Fréquentation d'un organisme de formation spécialisé <input type="checkbox"/> Aménagement des conditions de formation professionnelle (<i>préciser</i>) <input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>) :			<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Tâches et exigences en relation avec la scolarité et la formation initiale

- Difficulté : "sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)
 "non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)
 "oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

"A" : Activité réalisée seule, sans aide humaine et sans difficulté
 "B" : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
 "C" : Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
 "D" : Activité non réalisée

"H" : Environnement humain "S" : Services
 "T" : Environnement Technique "A" : Environnement animal
 "L" : Logement

	Réalisation effective				Facilitateurs					Obstacles					Observations
	A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A	
7.1 Apprendre à lire															
7.2 Apprendre à écrire															
7.3 Apprendre à calculer															
7.4 Apprendre des techniques de communication															
7.5 Apprendre les règles sociales de base															
7.6 Respecter des règles de base															
7.6.1 Etre ponctuel															
7.6.2 Etre assidu															
7.6.3 Organiser son travail															
7.6.4 Contrôler son travail															
7.6.5 Accepter des consignes															
7.6.6 Suivre des consignes															
7.6.7 S'adapter à la vie scolaire															
7.6.8 Travailler en équipe															
7.6.9 Respecter les règles scolaires															
7.7 S'installer dans la classe															
7.8 Utiliser des supports pédagogiques															
7.9 Utiliser du matériel adapté à son handicap															
7.10 Prendre des notes															
7.11 S'adapter aux conditions d'examen et de contrôle															
7.12 Participer à des sorties extra scolaires															
7.13 Autre (préciser)															

Pour ce domaine, détaillez les aides  mise en œuvre dans le feuillet suivant

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Pour le domaine «Tâches et exigences en relation avec la scolarité et la formation initiale»,
 les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

	Type d'aide	Modalité	Précisions	Niveau de satisfaction de la personne		
Pour l'environnement humain	Aide de l'entourage	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>)	<input type="checkbox"/> Frère/sœur <input type="checkbox"/> Autre parent <input type="checkbox"/> Ami, voisin	Temps (quotidien) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait	
	Aide de professionnels	Scolarisation dans une unité d'enseignement dans un établissement sanitaire	<input type="checkbox"/> Hospitalisation complète <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel <input type="checkbox"/> Accueil familial thérapeutique	<input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> Suivi ambulatoire	Quotité (1/2 journée / semaine) ou fréquence (interventions par semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Accueil dans un établissement médico-social	<input type="checkbox"/> Pour enfant <input type="checkbox"/> Pour adulte	<input type="checkbox"/> Accueil de jour <input type="checkbox"/> Accueil temporaire	Quotité (1/2 journée / semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Accompagnement par un service médico-social	<input type="checkbox"/> SAMSAH <input type="checkbox"/> SESSAD (<i>préciser type</i>) <input type="checkbox"/> CAMSP <input type="checkbox"/> Autre accompagnement médico-social : <i>préciser</i>	<input type="checkbox"/> SAVS <input type="checkbox"/> CMPP <input type="checkbox"/> BAPU	Fréquence (interventions par semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Autres accompagnements spécialisés	<input type="checkbox"/> AVS i <input type="checkbox"/> Codeur en LPC <input type="checkbox"/> Technicien de l'écrit <input type="checkbox"/> Service d'enseignement à distance <input type="checkbox"/> Service d'enseignement à domicile	<input type="checkbox"/> AVS co <input type="checkbox"/> Traducteur en LSF <input type="checkbox"/> RASED	Temps (hebdo ou quotidien - préciser) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Autres aides salariées	<input type="checkbox"/> Service prestataire d'aide aux devoirs <input type="checkbox"/> Service mandataire d'aide aux devoirs <input type="checkbox"/> Emploi direct d'aide aux devoirs		Temps (quotidien) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
Pour l'environnement technique	Matériel pédagogique adapté	<input type="checkbox"/> Matériel déficience auditive <input type="checkbox"/> Matériel déficience visuelle <input type="checkbox"/> Matériel informatique et audiovisuel standard <input type="checkbox"/> Mobilier et petits matériels		<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait		
Autres aides	Aménagement des conditions de scolarité			<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait		
	Aménagement des conditions d'examen	<input type="checkbox"/> Aménagements des examens ou concours de l'enseignement scolaire ou supérieur <input type="checkbox"/> Aménagements des examens ou concours hors enseignement scolaire ou supérieur		<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait		

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Tâches et exigences relatives au travail

Difficulté : "sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)
 "non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)
 "oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

		Réalisation effective				Facilitateurs					Obstacles					Observations	
		A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A		
8.1 Respecter des règles de base																	
	8.1.1 Etre ponctuel																
	8.1.2 Etre assidu																
	8.1.3 Respecter des relations hiérarchiques																
	8.1.4 Participer à des réunions																
8.2 Organiser son travail (en rapport avec le poste de travail)																	
8.3 Contrôler son travail																	
8.4 Etre en contact avec le public																	
8.5 Assurer l'encadrement																	
8.6 Travailler en équipe																	
8.7 Exercer des tâches physiques																	
	8.7.1 Soulever, déplacer des charges																
	8.7.2 Travailler en flexion du tronc																
	8.7.3 Travailler en attitudes variées																
	8.7.4 Travailler accroupi																
	8.7.5 Travailler en hauteur (escabeau, échelle, échafaudage..)																
	8.7.6 Travailler à distance du sol (sur un pont, un toit, un balcon...)																
	8.7.7 Travailler le mb. sup. dominant levé au dessus du niveau des épaules																
	8.7.8 Travailler le mb. sup. non dominant levé au dessus du niveau des épaules																
	8.7.9 Utiliser une commande avec les pieds																
8.8 Exercer des tâches dans des conditions particulières																	
	8.8.1 Voir les couleurs																
	8.8.2 Percevoir le relief																
	8.8.3 Travailler de nuit																
	8.8.4 Assumer des modifications d'horaires																
	8.8.5 Utiliser des outils et/ou machines dangereuses																
	8.8.6 Travailler avec vibrations																
	8.8.7 Travailler en milieu bruyant																
	8.8.8 Travailler dans des contextes respiratoires particuliers																
	8.8.9 Travailler avec risque cutané																
	8.8.10 S'exposer aux intempéries, à une atmosphère exceptionnelle																
	8.8.11 Autre (préciser)																

Pour ce domaine, détaillez les aides  mise en œuvre dans le feuillet suivant

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Pour le domaine «taches et exigences relatives au travail»
 les aides déjà mises en œuvre (facilitateurs) seront décrites, globalement pour tout le domaine, selon les modalités suivantes :

Type d'aide		Modalité		Précisions	Niveau de satisfaction de la personne	
Pour l'environnement humain	Aide de professionnels	Accueil dans un établissement médico-social	<input type="checkbox"/> Pour enfant <input type="checkbox"/> Pour adulte	<input type="checkbox"/> Accueil de jour <input type="checkbox"/> Accueil temporaire <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> CRP - CPO <input type="checkbox"/> UEROS <input type="checkbox"/> ESAT <input type="checkbox"/> Autre accueil médico-social : <i>préciser</i>	Quotité (1/2 journée / semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Accompagnement par un service médico-social	<input type="checkbox"/> SAMSAH <input type="checkbox"/> SAVS <input type="checkbox"/> Autre accompagnement médico-social (<i>préciser</i>)		Fréquence (interventions par semaine) :	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Accompagnement par autres dispositifs	<input type="checkbox"/> SAE <input type="checkbox"/> CAP emploi <input type="checkbox"/> Missions locales <input type="checkbox"/> Autres (<i>préciser</i>)			<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
		Autres aides	<input type="checkbox"/> Codeur en LPC <input type="checkbox"/> Traducteur en LSF <input type="checkbox"/> Technicien de l'écrit <input type="checkbox"/> Tutorat <input type="checkbox"/> Autres (<i>préciser</i>)			Temps (quotidien) :
Autres aides	<input type="checkbox"/> Aménagement du poste de travail				<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait	

Interventions de l'entourage	<input type="checkbox"/> Sans objet			
		Nom des aidants		
	Coordonnées <i>(si différentes de la personne handicapée)</i>			
	Aidant principal	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Parent isolé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Salarié par la personne handicapée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Retraité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Si l'aidant est dédommagé, ou si c'est le parent d'un jeune de moins de 20 ans a-t-il dû, pour aider la personne handicapée :			
	Renoncer à travailler	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Arrêter de travailler	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Réduire son temps de travail	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<i>Si oui : préciser la quotité du temps partiel travaillé :</i>			
	Besoins exprimés par les aidants			

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Intervention de professionnels	<input type="checkbox"/> Sans objet			
		Nom des structures ou dispositifs		
	Coordonnées (si différentes de la personne handicapée)			
	Professionnel référent			
	Date d'admission			
	Projet de sortie ou de fin de prise en charge	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Délais				

Récapitulatif des aidants professionnels intervenant régulièrement

<input type="checkbox"/> Aide à domicile	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Psychologue	<input type="checkbox"/> Codeur en LPC
<input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> Educateur	<input type="checkbox"/> Traducteur en LSF
<input type="checkbox"/> Aide médico-psychologique	<input type="checkbox"/> Psychomotricien	<input type="checkbox"/> Assistant de service social	<input type="checkbox"/> Technicien de l'écrit
<input type="checkbox"/> Infirmier	<input type="checkbox"/> Orthophoniste	<input type="checkbox"/> Conseiller en éducation sociale et familiale	<input type="checkbox"/> Autre (préciser)

Précisions sur l'articulation entre les aidants professionnels et les aidants familiaux : (et les conditions de sa mise en œuvre : aide aux aidants...)

Sans objet

Précision sur les litiges en cours concernant les aides mises en œuvre

Existence d'un litige en cours concernant des aides mises en œuvre ou à mettre en œuvre (en lien avec le handicap), concernant par exemple l'assurance maladie, l'employeur, une assurance... :

oui non

Préciser :

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Tableau 1 : Organisation d'une journée type

(comprend la nuit en cas d'intervention nocturne,)

 Sans objet

Horaire	Activité de la personne handicapée	Aidant et type d'aide

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Tableau 2 : Les professionnels qui concourent au projet de scolarisation ou d'études supérieures en cours

 Sans objet

	Nom	Tâche	Temps total d'intervention hebdomadaire	Remarques
Responsable de l'établissement				
Coordinateur du projet de scolarisation / études				
Enseignant référent				
Enseignant complémentaire				
Médecin scolaire / PMI / universitaire				
Psychologue scolaire ou Conseiller d'orientation psychologue ou autre psychologue ...				
RASED				
Assistante sociale				
Accompagnement individuel (AVSi / AVU, codeur LPC, interprète LSF tutorat, technicien de l'écrit, etc...)				
Ergothérapeute				
Infirmière				
Autre (préciser)				

NB : les services et structures médico-sociaux sont renseignés dans le volet 6 et au début du volet 7

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Tableau 3 : Emploi du temps hebdomadaire type

Sans objet

	<i>Lundi</i>	<i>Mardi</i>	<i>Mercredi</i>	<i>Jeudi</i>	<i>Vendredi</i>	<i>Samedi</i>	<i>Dimanche</i>
Avant 8h00							
Matinée							
Déjeuner							
Après midi							
Dîner							
Soirée							
Nuit							

Points saillants à porter à la connaissance de la CDAPH

Relatifs au projet de vie exprimé par la personne (aspirations, besoins, souhaits) et à son évolution éventuelle au cours du processus d'évaluation

Relatifs à sa situation familiale

Relatifs à sa situation sociale

Relatifs à son autonomie

Relatifs, le cas échéant, à sa situation scolaire ou de formation initiale

Relatifs, le cas échéant, à sa situation de travail ou à sa formation professionnelle

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Echanges avec la personne handicapée à propos de l'évaluation

Éléments relatifs aux critères d'éligibilité et permettant à la CDAPH de se prononcer

Déficiences et leur retentissement :

 Cécité Surdité (> 70db bilatéral)

Retentissement des altérations de fonctions sur les capacités de travail ou l'accès à l'emploi :

Retentissement des altérations de fonctions sur les activités :

 Difficulté(s) absolue(s) sur les activités suivantes :
 Difficulté(s) grave(s) sur les activités suivantes :

Retentissement des altérations de fonctions sur la mobilité pédestre et les déplacements à l'extérieur :

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Mise en évidence des besoins de compensation

Besoins identifiés	Détail	Réponses envisagées
1 Besoins en matière de soins		
2 Besoins en matière d'autonomie		
Pour accomplir ses actes essentiels (y compris les déplacements)		
Pour accomplir ses activités domestiques		
Pour vivre dans un logement		
Pour mener sa vie d'élève		
Pour vivre sa vie d'étudiant		
Pour avoir des activités de jour		
Pour s'insérer professionnellement		
Pour accéder à ses droits		
Pour mener une vie sociale		
2.2 Besoins transversaux en matière d'autonomie		
Pour communiquer		
Pour assurer sa sécurité		
Pour un répit des parents et des aidants		
Pour assurer une présence des parents ou des aidants		
3 Besoins en matière de ressources		
4 Autres besoins		