

# DEMANDE À LA MDPH

Article R 146-26 du code de l'action sociale et des familles

La MDPH, c'est la Maison départementale des personnes handicapées.

Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.

Ce formulaire se déploiera progressivement sur le territoire national entre le 1<sup>er</sup> septembre 2017 et le 1<sup>er</sup> mai 2019.

À cette date, il se substituera définitivement au formulaire Cerfa 13788\*01.



MINISTÈRE  
DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

## À qui s'adresse ce formulaire ?

### Ce formulaire s'adresse à la personne présentant un handicap.

Si la personne concernée a moins de 18 ans, ses parents sont invités à répondre pour elle.

Si la personne de plus de 18 ans a une mesure de protection, son tuteur répond avec elle ou son curateur l'accompagne dans sa demande.

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez vous adresser à l'accueil de la MDPH.

**Vous allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes. En fonction des conditions prévues par la réglementation, vous pourrez peut-être bénéficier des droits suivants :**

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments

Renouvellement d'allocation compensatrice (ACTP ou ACFP)

Allocation aux adultes handicapés (AAH) voire un de ses compléments

Projet personnalisé de scolarisation – parcours et aides à la scolarisation

Carte mobilité inclusion (anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées)

Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle

Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants/adultes

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

## Que dois-je remplir ?

### C'est ma première demande à la MDPH

**Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé**

**Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits**

**Remplissez tout le formulaire pour exprimer l'ensemble de vos besoins. Vous avez aussi la possibilité de préciser les droits et prestations que vous souhaitez demander en remplissant la partie E**

**Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé**

**Remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire**

**Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins**

**Votre aidant familial peut remplir la partie F**

## Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

Oui

Dans quel département :

N° de dossier :

## A1 Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Sexe : Homme Femme

Nom de naissance : ..... Nom d'époux/se ou d'usage : .....

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

Nationalité : Française Espace Économique Européen ou Suisse Autre

Commune de naissance : ..... Département : .....

Pays de naissance : France Autre, préciser : .....

Si vous avez résidé à l'étranger, précisez votre date d'arrivée en France : ..... / ..... / .....

Complément d'adresse (si besoin précisez le nom de la personne qui vous héberge) : .....

Adresse (numéro et rue) : .....

Code postal :      Commune : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Adresse e-mail : .....

Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté par la MDPH ? E-mail Appel téléphonique SMS Courrier

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez son nom : .....

Organisme payeur de prestations familiales/RSA : CAF MSA Autre N° d'allocataire : .....

Organisme d'assurance maladie : CPAM MSA RSI Autre (préciser) : .....

Votre numéro de Sécurité Sociale :

Si c'est votre enfant qui est concerné par la demande, indiquer son numéro de sécurité sociale :

## A2 Autorité parentale, délégation d'autorité parentale ou tutelle (pour les mineurs)

Qui exerce l'autorité parentale : Parent 1 ou représentant légal 1 Parent 2 ou représentant légal 2

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse (numéro et rue) : .....

Complément d'adresse : .....

Code postal : .....

Commune : .....

Pays : .....

Téléphone : .....

Adresse e-mail : .....



En cas de séparation des parents, de délégation d'autorité parentale ou de tutelle, joindre une photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale

A3

**Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH**  
 Vous acceptez que nous contactions ces personnes afin de mieux évaluer votre situation

Un proche	Une association	Autre
-----------	-----------------	-------

Nom de l'association (si pertinent) :	.....
Nom et prénom de la personne :	.....
N° et rue :	.....
Complément d'adresse :	.....
Code postal :	.....
Commune :	.....
Téléphone :	.....
Adresse e-mail :	.....

A4

**Vous bénéficiez d'une mesure de protection**

	Représentant légal 1	Représentant légal 2 (le cas échéant)
Type de mesure de protection (tutelle, curatelle, curatelle renforcée, habilitation familiale) :	.....	.....
Nom de l'organisme (si pertinent) :	.....	.....
Nom de la personne :	.....	.....
Date de naissance :	.....	.....
N° et rue :	.....	.....
Complément d'adresse :	.....	.....
Code postal :	.....	.....
Commune :	.....	.....
Téléphone :	.....	.....
Adresse e-mail :	.....	.....

A5

**Vous pensez être dans une situation nécessitant un traitement rapide de votre demande**

Merci de cocher si vous pensez être dans une des situations suivantes :

Vous n'arrivez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous  
 Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir  
 Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement

Vous risquez rapidement de perdre votre travail  
 Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation

Date d'entrée prévue : ..... / ..... / .....

Expliquer la difficulté :

.....  
 .....

Vous arrivez dans moins de 2 mois à la fin de vos droits (ex : AEEH, AAH, PCH, RQTH, etc...)

Indiquez le(s) droit(s) concerné(s) et la ou les date(s) d'échéance :

.....



- Un certificat médical de moins de 6 mois prévu pour les demandes MDPH
- Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal (Pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France)
- Une photocopie d'un justificatif de domicile (Pour les enfants, joindre le justificatif de domicile du représentant légal ; pour les personnes hébergées par un tiers : justificatif de domicile et attestation sur l'honneur de l'hébergeant)
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

J'ai rencontré des difficultés pour faire remplir mon certificat médical par le médecin. Préciser :

.....  
.....

Le : ..... / ..... / .....

Signature :

- Signature :
- De la personne concernée
  - De son représentant légal
  - Des deux parents (pour les mineurs)

**J'accepte**, que la MDPH, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels qui m'accompagnent, en application de l'article L241-10 du code de l'action sociale et des familles.

ou

**Je n'accepte pas** que la MDPH échange avec les professionnels qui m'accompagnent, et je m'engage à répondre à toute information complémentaire nécessaire à la MDPH.

En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.

**Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée si je suis dans un des cas suivants :**

- Renouvellement d'un droit ou d'une prestation, lorsque ma situation n'a pas évolué,
- Reconnaissance des conditions nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de l'aidant d'une personne handicapée,
- Attribution d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH),
- Situation d'urgence.

**Dans ce cas, je ne pourrai pas être reçu(e) par la CDAPH.**

**Les informations que vous donnez sont confidentielles. La loi vous donne le droit d'être reçu par la CDAPH.**

La CDAPH, c'est la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Créée par la loi 2005-102 du 11 février 2005, elle prend les décisions d'attribution des droits aux personnes avec un handicap sur la base de l'évaluation et des propositions de la MDPH. **Une évaluation approfondie va maintenant être réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous recontactera si nécessaire. Nous vous conseillons de conserver une copie de ce formulaire.**

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. »  
(Article L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal)

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

**Vous recevrez par courrier  
une réponse à votre  
demande dans environ**  **4 Mois**

**MDPH**

**Accueil physique :**

**Accueil téléphonique :**

## B1 Votre vie quotidienne

**Vous vivez :** Seul(e)      En couple      Avec vos parents (ou l'un d'entre eux)      Avec vos enfants (ou l'un d'entre eux)

Autre situation, précisez :

**Où vivez-vous ?**

Vous avez un logement indépendant et

vous êtes :      propriétaire      locataire

Dans un établissement médico social  
ou de soin (préciser le nom, le type et le lieu)

**Vous êtes hébergé(e) au domicile**

(pensez à indiquer son nom et son adresse dans le bloc A1) :

De vos parents  
(ou l'un d'entre eux)

De vos enfants  
(ou l'un d'entre eux)

D'un(e) ami(e)

D'un autre membre  
de votre famille

D'une famille d'accueil

Autre situation, précisez :

**Avez-vous déjà eu ?**

Un accident causé par un tiers

Un accident du travail

Un autre accident, précisez :

**Suite à cet accident y a-t-il une demande d'indemnisation en cours ou ayant abouti ?**

Oui

Non

Si oui, auprès de quel organisme :

**Aide financière et ressources****Vous recevez les aides, ressources et/ou prestations suivantes :**

Allocation aux adultes handicapés (AAH)

Revenu de solidarité active (RSA)

Allocation chômage versée par Pôle Emploi

Allocation de solidarité spécifique (ASS)

**Dans les 12 mois précédant votre demande, avez-vous perçu :**

Un revenu d'activité

Des indemnités journalières

Un revenu issu d'une activité en ESAT

Du : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Au : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Pension d'invalidité :**

1<sup>re</sup> catégorie

2<sup>e</sup> catégorie

3<sup>e</sup> catégorie depuis le :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Autres pensions de ce type : (pension des deux tiers, d'incapacité, etc...)

Majoration tierce personne

Allocation supplémentaire d'invalidité

Rente d'accident ou maladie professionnelle

Prestation complémentaire de recours à tierce personne

Retraite pour inaptitude dans la fonction publique ou retraite anticipée depuis le :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Taux d'IPP (Incapacité Permanente Partielle) :  %



- Justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité
- Copie de la décision de rente d'accident du travail ou maladie professionnelle

Pension de retraite

**Vous êtes retraité(e) depuis le :**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Vous êtes bénéficiaire de l'ASPA (Allocation de Solidarité pour les Personnes Agées)

Vous avez demandé une pension de retraite

Vous êtes bénéficiaire de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

Nom :

Prénom :

**Aide technique,  
matériel ou  
équipement**Aménagement  
de logementAides techniques (préciser) :  
ex : barre d'appui, déambulateur...

Autres :

Aménagement  
de véhicule

Aides animalières

**Aide à la personne**  
(avec quelqu'un  
qui aide)

Votre famille

Professionnel de soins à domicile

Un accompagnement médico-social

Autres :

**Présence d'une personne auprès de l'enfant**

Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ?      Oui      Non

Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le temps de rémunération : ..... heures par semaine.

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : ..... heures.

Si vous travaillez à temps partiel, veuillez préciser la quotité : ..... %.

**Frais liés au handicap et restant à charge**

Indiquez les frais non remboursés ou, le cas échéant, remboursés partiellement par votre assurance maladie ou mutuelle complémentaire.

Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions

**B2****Vos besoins dans la vie quotidienne**

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.

Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap ;
- S'il s'agit d'un enfant, précisez seulement ses besoins, et non ceux du/des parent(s) ;
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière ;
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis. Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH qui vous rencontrera si nécessaire.

**Besoin pour la vie à domicile**Pour régler les dépenses courantes  
(loyer, énergie, habillement, alimentation...)Pour gérer son budget et répondre aux  
obligations (démarches administratives  
assurances, impôts...)Pour l'hygiène corporelle  
(se laver, aller aux toilettes)Pour s'habiller  
(mettre et ôter les vêtements, les choisir...)

Pour faire les courses

Pour préparer les repas

Pour prendre les repas

Pour faire le ménage et l'entretien des  
vêtementsPour prendre soin de sa santé  
(suivre un traitement, aller en consultation ...)

Autre besoin, préciser :

**Besoin pour se déplacer**

Pour se déplacer dans le domicile

Pour utiliser un véhicule

Pour sortir du domicile ou y entrer

Pour utiliser les transports en commun

Pour se déplacer à l'extérieur du domicile

Pour partir en vacances

Utilisez-vous les transports adaptés proposés localement pour vous déplacer ?

Oui

Non

Autre situation, préciser :

**Besoin pour la vie sociale**

Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre

Pour s'occuper de sa famille

Pour avoir des activités sportives et des loisirs

Pour être accompagné(e) dans la vie  
citoyenne (ex : aller voter, vie associative...)

Pour les relations avec les autres

Pour assurer sa sécurité

Autre besoin, préciser :

**B3** Les attentes pour compenser la situation de handicap

**Vos souhaits** (plusieurs réponses sont possibles) :

Vivre à domicile

Une aide pour se déplacer

Un accueil temporaire en  
établissement

Vivre en établissement

Du matériel ou équipement

Une aide animalière

Un aménagement  
du lieu de vie

Une aide financière pour des  
dépenses liées au handicap

Réaliser un bilan des capacités  
dans la vie quotidienne

Une aide humaine :  
quelqu'un qui aide

Un accompagnement pour  
l'adaptation / réadaptation à la  
vie quotidienne

Une aide financière afin  
d'assurer un revenu minimum  
(dans ce cas, compléter également  
la partie D)

Autre attente, préciser :

Avez-vous déjà identifié un établissement ou un service d'accueil,  
d'accompagnement ou de soin qui pourrait répondre à vos attentes ?

Oui

Non

Si oui lequel /  
lesquels :

Êtes-vous en contact

Oui

Non

Êtes-vous en contact

Oui

Non

Nom :

Prénom :



C1 Situation scolaire

Si l'enfant est actuellement scolarisé, est-ce :

En milieu ordinaire

À domicile

Avec accompagnement par un service de soin ou un établissement médico-social

En temps partagé entre l'établissement médico-social et le milieu ordinaire ou domicile

En temps partagé entre le service de soin et le milieu ordinaire

En formation supérieure

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

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

Depuis le : ..... / ..... / .....

Autre, préciser :

.....

Si l'enfant est placé en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie, l'État ou l'aide sociale ?

Oui

Non

Si l'enfant n'est actuellement pas scolarisé :

Il est trop jeune

Il est sans solution d'accueil en établissement scolaire, universitaire ou médico-social

À partir de quand sera-t-il scolarisé ?

Préciser :

.....

.....

Autre, préciser :

.....

Si vous êtes étudiant ou en apprentissage :

Type d'études :

.....

Diplôme(s) obtenu(s) :

.....

Diplôme(s) préparé(s) :

.....

Nom de l'établissement :

.....

Rue :

.....

Ville :

.....

Depuis le : ..... / ..... / .....

.....

.....

**Votre parcours étudiant ou d'apprentissage :**

Année(s)	Établissement(s)

**Vous disposez actuellement d'accompagnements ou de soins :**

Soins hospitaliers

Soins en libéral

Autre, préciser :

**Vous disposez actuellement d'adaptations des conditions matérielles :**

Aménagements et adaptations pédagogiques

Outils de communication

Matériel informatique et audiovisuel

Matériel déficience auditive

Matériel déficience visuelle

Mobilier et petits matériels

Transport

Autre, préciser :

**Vous disposez actuellement d'une aide humaine aux élèves handicapés :**

Si oui, préciser laquelle :

**Emploi du temps actuel (accompagnement et soins, lieux...) :**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matinée							
Midi							
Après-midi							
Soirée/nuit							

## C2 Les besoins dans la vie scolaire / étudiante

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.  
Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap ;
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière ;
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis. Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH qui vous rencontrera si nécessaire.

### Besoins en lien avec les apprentissages

Pour lire

Pour écrire, prendre des notes

Pour calculer

Pour comprendre, suivre les consignes

Pour organiser, contrôler son travail

Pour l'utilisation du matériel

Autre, préciser :

### Besoins pour communiquer

Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre

Pour les relations avec les autres

Pour assurer sa sécurité

Autre, préciser :

### Besoins pour l'entretien personnel

Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes)

Pour s'habiller  
(mettre et ôter des vêtements)

Pour les repas (manger, boire)

Pour prendre soin de sa santé

Autre, préciser :

### Besoins pour se déplacer

Pour se déplacer à l'intérieur des locaux

Pour se déplacer à l'extérieur des locaux

Pour utiliser les transports en commun

Autre, préciser :

Nom :

Prénom :

C3 Les attentes en matière de vie scolaire / périscolaire / étudiante

Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :

Une adaptation de la scolarité

Une orientation scolaire différente

Une aide humaine

Une aide matérielle

Un accompagnement pour une réadaptation / une rééducation

Une prise en charge par un établissement sans hébergement

Une prise en charge par un établissement avec hébergement

Autre, préciser :

Avez-vous déjà identifié un établissement scolaire, universitaire ou médico-social qui pourrait répondre à vos attentes ? Si oui, lequel ?

Avez-vous déjà pris contact avec cet établissement ?

Oui

Non

Pour les enfants scolarisés, les attentes sont précisées dans un document appelé le «GEVASco». Le GEVASco, c'est un guide de recueil de données que vous remplissez avec le directeur d'établissement (première demande) ou l'enseignant référent (réexamen). Vous pouvez demander au directeur de l'école les coordonnées de votre enseignant référent.



Pour les enfants scolarisés joindre impérativement le formulaire GEVASco pour toute demande de renouvellement d'aide pour la scolarisation et si possible pour toute première demande à ce propos.

Si vous n'avez pas pu prendre contact avec votre enseignant référent, indiquez pourquoi :

Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie scolaire, étudiante ou apprentissage, indiquez-les ici :

**D1** Votre situation

Vous avez un emploi depuis le : ..... / ..... / .....

En milieu ordinaire      En entreprise adaptée  
En milieu protégé (Établissements  
et services d'aide par le travail – ESAT)

**Votre type d'emploi :**

CDI      CDD      Interim      Contrat aidé

Votre employeur :

Nom : .....

Adresse : .....

Stagiaire de la formation professionnelle

Rémunéré :      Oui      Non

Préciser le nom de l'organisme : .....

Travailleur indépendant. Régime : .....

**Votre emploi :**

.....      Temps complet  
.....      Temps partiel



Si temps partiel, fournir une copie du contrat de travail

Est-il adapté à votre handicap ?      Oui  
.....      Non, préciser :

Quelles sont les difficultés liées à votre handicap ?

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

**Vous bénéficiez ou avez bénéficié d'un accompagnement pour conserver votre emploi :**

Par un service de santé au travail      Par le Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)



Fiche d'aptitude ou d'inaptitude du médecin de santé au travail ou dernière fiche de visite médicale auprès du médecin de santé au travail.

Des aménagements ont été réalisés sur votre poste de travail. Préciser lesquels :

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

Vous êtes actuellement en arrêt de travail depuis le : ..... / ..... / .....

Arrêt maladie avec indemnités journalières

Arrêt suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle

Arrêt maladie sans indemnités journalières

Congé maternité / congé d'adoption / autres

Avez-vous rencontré un professionnel du service social de votre caisse de retraite ?      Non      Oui, le ..... / ..... / .....

Avez-vous rencontré le médecin de santé au travail en visite de pré-reprise ?      Non      Oui, le ..... / ..... / .....

Nom : .....

Prénom : .....

Vous êtes sans emploi depuis le : ..... / ..... / .....

Avez-vous déjà travaillé :      Oui                  Non

Pouvez-vous indiquer pourquoi vous êtes  
actuellement sans emploi :

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

**Votre situation :**

Inscrit(e) à Pôle Emploi

En formation continue. Préciser :

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

Étudiant(e) (dans ce cas compléter également  
la partie C)

Depuis le : ..... / ..... / .....

**Accompagnement vers l'emploi réalisé par :**

Mission locale      Cap emploi      Pôle Emploi      Un référent RSA désigné par le Conseil Départemental

Autres, préciser :

.....  
.....

**Bénéficiez-vous des prestations suivantes ?**

Aides de l'association de gestion du fonds  
pour l'insertion professionnelle des personnes  
handicapées (AGEFIPH )

Aides du fonds pour l'insertion des personnes  
handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

Bénéficiez-vous d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ou d'une orientation professionnelle  
valant RQTH (orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées vers un  
ESAT, vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle – CRP) ?      Oui                  Non

.....

.....

**D2** Votre parcours professionnel

Merci de préciser vos expériences professionnelles, y compris les stages et structures d'insertion. Vous pouvez joindre un CV :

Année(s)	Intitulé du poste	Nom de l'entreprise	Temps plein ou partiel	Motif de fin d'activité
Exemple : 1998	Hôtesse de caisse	E Leclerc	Temps partiel	Fin du CDD
6 mois				

<p><b>Votre niveau de qualification :</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Primaire                    <input type="checkbox"/> Secondaire                    <input type="checkbox"/> Supérieur             </p> <p>Dernière classe fréquentée : <input type="text"/></p>	<p><b>Vos formations :</b></p> <p>Si vous avez suivi une (des) formation(s) professionnelle(s), précisez laquelle / lesquelles :</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---

Diplômes obtenus :  
 Merci de préciser votre / vos dernier(s) diplôme(s)

Diplôme	Année d'obtention	Domaine

Si vous avez déjà effectué un bilan (compétences, module d'orientation professionnelle - MOP, pré-orientation...), précisez l'année et l'organisme :



**E1** Demandes relatives à la vie quotidienne

Les droits et les prestations délivrés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sont soumis à certaines conditions, notamment liées à l'âge :

**Vous avez moins de 20 ans :**

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Carte mobilité inclusion - Mention invalidité

*(le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou priorité*

Carte mobilité inclusion - Mention Stationnement

Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

**Vous avez plus de 20 ans :**

Allocation aux adultes handicapés (AAH). Dans ce cas, compléter également la partie D.

*La loi prévoit que la MDPH est obligée d'évaluer le droit à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et à l'orientation professionnelle lorsqu'une demande d'AAH est formulée. (Sous certaines conditions, le droit à l'AAH peut être ouvert avant l'âge de 20 ans.)*

Complément de ressources

Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) pour adultes

Maintien en établissement ou service médico-social (ESMS) au titre de l'amendement Creton

Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) (en cas de renouvellement ou de révision)

Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP) (en cas de renouvellement ou de révision)

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Carte mobilité inclusion - Mention invalidité

*(le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou priorité*

Carte mobilité inclusion - Mention Stationnement

Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

**E2** Demandes relatives à la vie scolaire

Parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social. Préciser éventuellement votre demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Demandes relatives au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle (Dans ce cas, compléter aussi la partie D)

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Orientation professionnelle

Centre de rééducation professionnelle (CRP), Centre de pré-orientation (CPO) ou Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS)

Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)

Marché du travail Avec accompagnement par le dispositif Emploi accompagné

« Le dispositif emploi accompagné propose un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle du travailleur handicapé et à son employeur. Peuvent être bénéficiaires de ce dispositif les travailleurs handicapés :

- ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
- accueillis dans un établissement ou service d'aide par le travail ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
- déjà en emploi en milieu ordinaire de travail, rencontrant des difficultés particulières pour sécuriser leur insertion professionnelle. »

Bénéficiez vous de l'Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) ?

**Dans ce cas il vous est inutile d'effectuer une demande de RQTH car l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés vaut RQTH.**

Vous bénéficiez de l'OETH si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;
- Titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;
- Ancien militaire ou assimilé, titulaire d'une pension militaire d'invalidité à condition que votre invalidité ait réduit de deux tiers votre capacité de travail ou de gain ;
- Veuve ou orphelin de victime militaire de guerre ou de titulaire de pension militaire d'invalidité (sous certaines conditions) ;
- Titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;
- Titulaire de la carte mobilité inclusion comportant la mention invalidité ;
- Titulaire de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

Par ailleurs certaines orientations professionnelles valent RQTH. Ainsi, il vous est inutile d'effectuer une demande de RQTH si vous bénéficiez d'une orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées vers un Établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle – CRP). »

Vous venez de formuler une demande de droits et prestations.

Conformément à la loi du 11 février 2005, l'équipe de la MDPH peut proposer à la décision de la CDAPH, sur la base de l'examen de votre situation et de l'expression de vos besoins, l'ouverture de droits complémentaires.

Ce feuillet est facultatif. Il s'adresse à l'aidant familial de la personne en situation de handicap. L'aidant familial, c'est une personne de l'entourage qui aide la personne en situation de handicap au quotidien. Si plusieurs aidants familiaux souhaitent exprimer leurs besoins, remplissez une feuille pour chacun. Vous pouvez expliquer à la MDPH l'aide que vous apportez actuellement à la personne en situation de handicap et vous pouvez exprimer vos attentes et vos besoins.

## F1 Situation et besoins de l'aidant familial

Nom de l'aidant : .....

Prénom de l'aidant : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse de l'aidant : .....

Nom de la personne aidée : .....

Votre lien avec la personne en situation de handicap : .....

Vivez-vous avec la personne en situation de handicap : Non Oui, depuis le ..... / ..... / .....

Êtes-vous actuellement en emploi : Oui Non Réduction d'activité liée à la prise en charge de la personne aidée

### Nature de l'aide apportée :

- |   |  |
|---|--|
| Surveillance / présence responsable             | Coordination des intervenants professionnels           |
| Aide aux déplacements à l'intérieur du logement | Gestion administrative et juridique                    |
| Aide aux déplacements à l'extérieur             | Gestion financière                                     |
| Aide pour entretenir le logement et le linge    | Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.) |
| Aide à l'hygiène corporelle                     | Aide à la communication et aux relations sociales      |
| Aide à la préparation des repas                 | Aide au suivi médical                                  |
| Aide à la prise de repas                        |  |

Autre, préciser : .....

### Qui participe avec vous à l'accompagnement de la personne aidée ?

Un (des) professionnel(s) Un (ou plusieurs) autre(s) proche(s) Je suis le seul aidant du demandeur

### Êtes-vous soutenu dans votre fonction d'aidant ?

Non Oui, préciser : .....

En cas d'empêchement, avez-vous une solution pour vous remplacer ? Oui, laquelle : ..... Non .....

**Vous êtes ou serez prochainement dans l'une des situations suivantes :**

Éloignement géographique (déménagement...)

Problème de santé

Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation...)

Changement majeur dans la situation professionnelle

Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite...)

Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épuisement, avancée en âge...)

Autre, préciser :

## **F2** Vos attentes en tant qu'aidant familial

Pouvoir vous reposer au quotidien

Obtenir une contrepartie financière

Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin

Échanger avec d'autres aidants

Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu

Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche

Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances

Avoir un soutien psychologique

Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle

Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche

Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux

Être affilié gratuitement à l'assurance vieillesse

Autre, préciser :

Avez-vous éventuellement déjà identifié un service ou une structure qui pourrait répondre à vos attentes?  
Si oui, lequel / laquelle :

**Vous souhaitez mieux connaître les dispositifs et aides existants :**

Pour vous

Pour la personne aidée

Autres renseignements que vous souhaiteriez nous communiquer concernant votre vie d'aidant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature de l'aidant :

# Certificat médical

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



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

## A l'attention du médecin



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

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

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ?	Oui	Non
Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ?	Oui	Non
La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ?	Oui	Non

\* « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

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

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

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

Date :

Signature :

## A l'attention du patient



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

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° d'immatriculation  
sécurité sociale :

N° de dossier  
auprès de la MDPH :

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

## A joindre à ce document



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

# 1. Pathologie motivant la demande

! Questions obligatoires

! Une pièce jointe est attendue

Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

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

# 2. Histoire de la pathologie motivant la demande

**Origine, circonstances d'apparition :** !

Congénitale      Maladie      Accident vie privée  
Accident du travail      Maladie professionnelle

**Date d'apparition :**

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

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

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

# 3. Description clinique actuelle

Poids :                      kg      Taille :                      cm

Latéralité dominante avant handicap :      Droite      Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :	Latéralité dominante avant handicap :		
	Permanents	Réguliers > 15 j par mois	ponctuel < 15 j par mois

Précisions :

### Perspective d'évolution globale :

Stabilité

Incapacité fluctuante

Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)

Aggravation

Evolutivité majeure

Non définie



Comptes-rendus joints. Préciser :

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

## 4. Déficiences sensorielles



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

Observations :



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

Observations :

## 5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

**Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne.**

**Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée :**

Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :

Effets secondaires du traitement :

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

Régime alimentaire :

**Autre prise en charge concernant les soins :**

Hospitalisations itératives ou programmées  
Suivi médical spécialisé

Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser)  
Autres

**Fréquence**

Précisions :

**Prise en charge sanitaire régulière****Fréquence****Suivis pluridisciplinaires :****Modalité de suivi**

Ergothérapeute

Infirmière

Kinésithérapeute

Orthophoniste

Orthoptiste

Psychologue

Psychomotricien

Autre

CMPP (Centre Médico  
Psycho-Pédagogique)CMP  
(Centre Médico Psychologique)CATTP (Centre d'Accueil  
Thérapeutique à Temps Partiel)

Hôpital de jour

Autre

**Projet thérapeutique :****Type d'appareillage :****Corrections auditives :**

Unilatérale

Bilatérale

Appareillage

Implant

**Aide à mobilité**

Déambulateur

Canne

Orthèse, prothèse (préciser)

Fauteuil roulant électrique

Fauteuil roulant manuel

Autre préciser ( Ex : Scooter, ... ) :

**Appareillage visuel :**

Télé-agrandisseur

Terminal-braille

Logiciel de basse vision

Loupe

Logiciel de synthèse vocale

**Alimentation /  
Élimination :**

Gastro ou jéjunostomie d'alimentation

Stomie digestive d'élimination

Sonde urinaire

Stomie urinaire

**Aides respiratoires :**

Trachéotomie

O2

Appareil de ventilation (préciser)

**Aide à la parole**

Prothèse phonatoire

**Autre appareillage :**

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

## 6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

**Déplacement** : périmètre de marche

Modalités d'utilisation des aides techniques			Fréquence d'utilisation		
Cannes	En intérieur	En extérieur			
Déambulateur	En intérieur	En extérieur			
Fauteuil roulant manuel	En intérieur	En extérieur			
Fauteuil roulant électrique	En intérieur	En extérieur			
Ralentissement moteur :	Oui	Non	Besoin de pauses :	Oui	Non
Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :			Oui	Non	

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

**Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :**

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

### Mobilité, manipulation / Capacité motrice

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

	A	B	C	D	NSP
Marcher :					
Se déplacer à l'intérieur :					
Se déplacer à l'extérieur :					
Préhension main dominante :					
Préhension main non dominante :					
Motricité fine :					

Précisions :

### Communication

	A	B	C	D	NSP
Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :					
Utiliser le téléphone :					
Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...) :					
Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) avec appareillage	Oui		Non		

Précisions :



**Cognition / Capacité cognitive**

A B C D NSP

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

Orientation dans le temps :

Orientation dans l'espace :

Gestion de la sécurité personnelle :

Maîtrise du comportement :

Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

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

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

Oui	Non	NSP
-----	-----	-----

**La personne sait-elle :**

Lire	Ecrire	Calculer	NSP
------	--------	----------	-----

**Entretien personnel**

A B C D NSP

Toilette, habillage, continence, alimentation...

Faire sa toilette :

S'habiller, se déshabiller :

Manger et boire des aliments préparés

Couper ses aliments :

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :

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

## Vie quotidienne et vie domestique



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

Prendre son traitement médical :

Gérer son suivi des soins :

Faire les courses :

Préparer un repas :

Assurer les tâches ménagères :

Faire des démarches administratives :

Gérer son budget :

Autre (préciser) :

Précisions :

## Retentissement sur vie sociale et familiale :

Situation familiale :

Vie familiale

Isolement

Rupture

Autre (préciser)

Présence d'un aidant familial :

Oui

Non

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

Quel type d'intervention ?

Précisions :

## Retentissement sur la scolarité et les études supérieures :

## Retentissement sur l'emploi :



Avis du médecin du travail joint (si disponible)

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

Oui

Non

NSP

Si oui, préciser :

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

Oui

Non

NSP

Si oui, préciser :

## 7. Remarques ou observations complémentaires si besoin

## 8. Coordonnées et signature

Docteur : Médecin traitant : Oui Non  
Identifiant RPPS :  Identifiant ADELI :   
Adresse postale :  
  
Téléphone : Email :

---

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

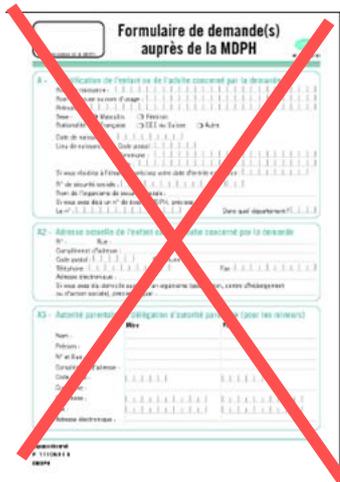
Fait à :

Signature du médecin

Signature du patient (non obligatoire)

# NOTICE EXPLICATIVE

## FORMULAIRE DE DEMANDES A LA MDPH /MDA



**A PARTIR DU  
1<sup>ER</sup> MAI 2019**



### Quelles pages je dois remplir ?

**A** Votre identité

**Pages 2 à 4**

**B** Votre vie quotidienne

**Pages 5 à 8**

**C** Vie scolaire ou étudiante

**Pages 9 à 12**

**D** Votre situation professionnelle

**Pages 13 à 16**

**E** Expression des demandes de droits et prestations

**Pages 17 et 18**

**F** Vie de votre aidant familial

**Pages 19 et 20**

**JE SIGNE ET JE DATE PAGE 4**



## B Votre vie quotidienne

Dans cette partie ([pages 5 à 8](#)) j'explique ma situation, mes attentes, mes projets et mes besoins.

Si je complète un dossier pour mon enfant, je décris les besoins et les attentes de mon enfant. Je pourrai exprimer les miens dans la partie F (pages 19 et 20).

## C Vie scolaire ou étudiante

Si je suis à l'école, au collège, au lycée ou étudiant(e)



Je complète les [pages 9 à 12](#) en y indiquant mes besoins et mes attentes.

## D Votre situation professionnelle

Si je travaille



Je complète la [page 13](#)

Si je ne travaille pas



Je complète la [page 14](#)

**ET** je précise mon parcours professionnel [page 15](#) et ce que j'aimerais faire [page 16](#)

## E

## Expression des demandes de droits et prestations

**Je précise les droits et prestations que je souhaite demander : pages 17 et 18**

**La MDA pourra me proposer des aides que je n'ai pas demandées**

<p><b>Aides financières</b></p> 	<p>Allocation aux adultes handicapés (AAH), Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), complément de ressources</p>
<p><b>La Prestation de compensation du handicap (PCH)</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aides humaines (sauf ménage)</li> <li>- aides techniques</li> <li>- aménagement du logement et du véhicule</li> <li>- aides spécifiques et exceptionnelles</li> <li>- aide animalière (chien guide)</li> </ul>
<p><b>La Carte mobilité inclusion (CMI)</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- priorité</li> <li>- invalidité</li> <li>- stationnement</li> </ul>
<p><b>La scolarisation</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- accompagnement des élèves en situation de handicap (auxiliaire de vie scolaire)</li> <li>- matériel pédagogique</li> <li>- orientation en établissement scolaire</li> </ul>
<p><b>L'emploi</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)</li> <li>- orientation ou formation professionnelle</li> </ul>
<p><b>Orientation vers les établissements et services médico-sociaux pour adultes</b></p>	
<p><b>Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer</b></p>	

**F**

## Vie de votre aidant familial

La personne qui m'aide à la maison peut indiquer ce qu'elle fait pour moi au quotidien, **pages 19 et 20**

Elle signe en bas de la page 20.

### Une fois mon dossier complété et signé :



Je le dépose directement à l'accueil de la Maison départementale de l'autonomie à Laval ou dans l'une des antennes en territoire.

OU



Je l'envoie par courrier à :

**Maison départementale de l'autonomie**

**Centre Jean Monnet**

**12 quai de Bootz**

**CS 21429**

**53 014 LAVAL Cedex**

Si j'ai des questions je peux contacter la Maison départementale de l'autonomie :



**02 43 677 577**



**mda@lamayenne.fr**



# CERTIFICAT MEDICAL

A compléter par un médecin pour une demande de CMI Stationnement



Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

La CMI mention stationnement ne peut être délivrée que dans les cas suivants (cf arrêté du 03/01/2017) :

1. Critère relatif à la réduction importante de la capacité et de l'autonomie de déplacement à pied.
2. Critère relatif à l'accompagnement par une tierce personne pour les déplacements : Ce critère concerne les personnes atteintes d'une altération d'une fonction mentale, cognitive, psychique ou sensorielle imposant qu'elles soient accompagnées par une tierce personne dans leurs déplacements.
3. La réduction de la capacité et de l'autonomie de déplacement à pied ou le besoin d'accompagnement doit être définitif ou d'une durée prévisible d'au moins un an.

Dans le cas d'une difficulté de la marche. Veuillez préciser :

■ Comment se fait la marche à l'extérieur ?

- De façon autonome
- Systématiquement et nécessairement :
  - Avec une aide technique (tout appareillage manipulé à l'aide d'un ou des deux membres supérieur(s) (ex : canne, déambulateur ...))
    - ⇒ Préciser l'aide technique utilisée :
      - En fauteuil roulant
      - Avec l'aide d'une tierce personne
      - Avec une prothèse externe de membre inférieur
      - Avec un appareil d'oxygénothérapie
  - Ponctuellement avec une des aides nommées ci-dessus

Préciser laquelle :

■ Quelle est la distance maximum pouvant être parcourue à pied en extérieur ?

- Aucune
- Moins de 100 m
- Moins de 200 m
- Supérieure ou égale à 200 m
- Supérieure à 500 m

date :

Signature du médecin (cachet):



**LA MAYENNE**  
Le Département

DIRECTION DE L'AUTONOMIE  
Service Enfants en situation de handicap  
Centre Jean Monnet  
12 Quai de Bootz - CS 21429  
53014 LAVAL cedex

**DOCUMENT OBLIGATOIRE**  
pour les mineurs ayant des  
parents séparés

**Attestation concernant l'autorité parentale en cas de parents séparés**

Le dépôt d'une demande auprès de la Maison Départementale de l'Autonomie est un acte non usuel de l'autorité parentale, et nécessite que le second parent soit en accord avec cette demande. C'est dans ce cadre que nous vous demandons de compléter l'attestation ci-dessous pour les mineurs ayant des parents séparés.

Je, soussigné(e) ....., en qualité de parent de ....., né(e) le .../.../....., atteste (cocher la case correspondante à votre situation) :

Avoir informé le second parent du dépôt de cette demande et que celui-ci est en accord avec cette démarche.

Merci de nous préciser l'adresse du second parent :

.....

Ne plus avoir aucun contact avec le second parent et atteste ne pas avoir d'adresse à vous communiquer.

Que le second parent a été destitué de son autorité parentale (merci de joindre le jugement de destitution).

Que le second parent est décédé.

A ....., le .....

Signature :

Les informations personnelles recueillies par la MDA de la Mayenne lors de l'examen, du traitement et du suivi de votre demande font l'objet d'un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDA de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [protectiondesdonnees@lamayenne.fr](mailto:protectiondesdonnees@lamayenne.fr).

**Renseignements relatifs au suivi de la personne  
en situation de handicap**

NOM : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

**Etablissement Médico Social d'accueil :** .....

Préciser si accueil de jour/internat/internat de semaine : .....

Nom et fonction du référent : .....

**Service Médico Social** assurant actuellement un accompagnement : .....

Nom et fonction du référent : .....

**Etablissement scolaire ou de formation :** .....

Classe/intitulé formation : .....

*Suivis en libéral*

**Psychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, ...**

Nom : ..... Fonction : .....

Adresse : ..... Tél : .....

Suivi depuis le : .....

Nom : ..... Fonction : .....

Adresse : ..... Tél : .....

Suivi depuis le : .....

Nom : ..... Fonction : .....

Adresse : ..... Tél : .....

Suivi depuis le : .....

*Suivis en centre de soins*

**Type de structure :**  CMP  CMPP  CAMPS  Autres (à préciser) : .....

Suivi depuis le : .....

Type de suivi : .....

Nom des professionnels : .....

Adresse : ..... Tél : .....

**Accompagnement par un travailleur social (éducateur, assistant(e) de service social...):**

Nom du service : .....

Intervenant : ..... Fonction : .....

Adresse : ..... Tél : .....

**Autre accompagnement :**

Nom du service : .....

Intervenant : ..... Fonction : .....

Adresse : ..... Tél : .....

Suivi depuis le : .....

**Accompagnement par la Médecine du travail :**

Nom du service : ..... Intervenant : .....

Tél : .....

*Si vous êtes en possession de bilans ou comptes rendus rédigés par ces professionnels, il conviendrait de nous en faire parvenir une copie. Dans le cas contraire, autorisez-vous les professionnels de la Maison Départementale de l'Autonomie à contacter ces personnes pour obtenir ces documents :*

Oui

Non

A ....., le .....

Nom(s) du(des) représentant(s) légal(aux) : .....

Signature de la personne ou  
du (des) représentant(s) légal(aux):