DEMANDE
D'ALLOCATION PERSONNALISEE d'AUTONOMIE (A.P.A.)

A retourner au **CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ARIEGE**
Direction Adjointe de l'Autonomie - Pôle Instruction
Hôtel du Département - BP 60023 - 09001 FOIX CEDEX
☎ 05.61.02.09.09

IDENTITE DU DEMANDEUR

RUBRIQUES	DEMANDEUR	CONJOINT ou PERSONNE VIVANT MARITALEMENT *
NOM DE NAISSANCE		
NOM D' USAGE		
PRENOMS		
DATE DE NAISSANCE		
LIEU DE NAISSANCE		
N° SECURITE SOCIALE		
NATIONALITE (F / UE / AUTRES)		
NUMERO DE TELEPHONE		
ADRESSE MAIL		
ADRESSE (préciser le nom du bâtiment, et/ou n° d'appartement, lieu-dit ou toute information utile)		

** concubin ou personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (PACS)*

COORDONNEES DE LA PERSONNE REFERENTE

à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence

Nom – Prénom : ……

Adresse :……

……

Téléphone fixe : ……Téléphone portable :……

Adresse mail :……

Lien avec le demandeur : ……

SITUATION FAMILIALE

❑ CELIBATAIRE ❑ MARIE(E) ❑ VIVANT MARITALEMENT

❑ TITULAIRE D'UN PACS ❑ DIVORCE(E) ❑ VEUF(VE) depuis le ……

LIEU DE RESIDENCE du conjoint ou de la personne vivant maritalement ***si différent du demandeur***

Préciser l'adresse ❑ ETABLISSEMENT :……

❑ AUTRE :……

ADRESSE ACTUELLE

DOMICILE PERSONNEL Depuis quelle date y demeurez-vous ? ……

(si moins de 3 mois remplissez la rubrique ***Adresse précédente***)

☐ PROPRIETAIRE ❑ LOCATAIRE ❑ COLOCATAIRE

☐ LOGE A TITRE GRACIEUX ❑ USUFRUITIER

S'AGIT-IL

☐ RESIDENCE PRINCIPALE ❑ FOYER POUR PERSONNES AGEES (FOYER LOGEMENT)

☐ FAMILLE D'ACCUEIL AGREEE ❑ AUTRE DOMICILE (enfants, centre pénitentiaire…)

☐ EHPAD

ADRESSE PRECEDENTE

Ne remplir que si l'intéressé(e) réside en Ariège depuis moins de 3 mois, ou en foyer pour personnes agées ou en famille d'accueil agréée

N° - RUE :……

CODE POSTAL – COMMUNE :……

Date d'arrivée à ce domicile : …… Date de départ de ce domicile : ……..

Précisez s'il s'agissait :

☐ Famille d'accueil agréée (loi du 10/07/89) ❑ Foyer logement

☐ Domicile personnel ❑ Autres (à préciser) : ……

CAISSE DE RETRAITE ET TRANSMISSION DU DOSSIER

Nom de l'organisme de retraite principale * (CARSAT - CARMI - MSA - SNCF – RSI, etc.) : ……..

En cas de rejet de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (GIR 5 ou 6), j'autorise le Conseil Départemental à transmettre le dossier à ma caisse de retraite Oui ☐ Non ☐

PROTECTION JURIDIQUE

Faites-vous l'objet d'une protection juridique ? Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Si oui ☐ Sauvegarde de justice ☐ Tutelle ☐ Curatelle ❑ Mandat de protection future

Indiquer ***le nom et l'adresse*** du tuteur ou de l'association :……

(Joindre une copie du jugement) ……

ALLOCATIONS

Percevez-vous :

- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ..... Oui ☐ Non ☐
- la prestation de compensation du handicap (PCH)..... Oui ☐ Non ☐
- la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ..... Oui ☐ Non ☐
- la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) ..... Oui ☐ Non ☐
- l'aide ménagère à domicile par votre caisse de retraite ..... Oui ☐ Non ☐
- l'aide ménagère au titre de l'Aide Sociale ..... Oui ☐ Non ☐

Attention ! *L'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est pas cumulable avec les prestations ci-dessus.*

PATRIMOINE DORMANT

A renseigner pour le demandeur et, le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité

BIENS IMMOBILIERS DU FOYER

Possédez-vous des biens immobiliers (**propriétaire, en usufruit ou en indivision)** ?

Oui ☐ Non ☐ ***Si oui,*** précisez en complétant le tableau ci-dessous :

NATURE DU BIEN (résidence principale/secondaire, verger, garage, terrain bâti/non bati…)	**ADRESSE**	**EXPLOITATION**
		☐ occupé par :..... ☐ non occupé ☐ loué
		☐ occupé par :..... ☐ non occupé ☐ loué
		☐ occupé par :..... ☐ non occupé ☐ loué
		☐ occupé par :..... ☐ non occupé ☐ loué

BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACES DU FOYER

Bénéficiez-vous :

- de contrat(s) d'assurance vie ? Oui ☐ Non ☐

AUTRES RESSOURCES

Bénéficiez-vous :

- d'une rente viagère à titre onéreux **pour vous prémunir contre le risque de perte d'autonomie** ? Oui ☐ Non ☐
- de concours financiers **versés par des descendants pour la prise en charge de la perte d'autonomie** ? Oui ☐ Non ☐

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant*****

Mr / Mme*…….

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi *Informatique et libertés* du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Conseil Départemental, à l'attention de Monsieur le Directeur de l'Autonomie.

Fait à…….. le ……..

Nom - Prénom et signature du demandeur ou de son représentant (précisez la qualité)

***** *Rayer la mention inutile*

LISTE DES PIECES A FOURNIR

- ☐ photocopie du **livret de famille** ou de la **carte d'identité** ou du **passeport de la communauté européenne** ou **un extrait de naissance** du demandeur
- ☐ Demandeur de nationalité étrangère : photocopie de la carte de séjour temporaire ou carte de séjour « compétences et talents » ou carte de séjour retraité ou de résident ou attestation de délivrance ou renouvellement du titre de séjour ou attestation de demande d'asile, ou attestation provisoire de séjour , ou récepissé de demande de titre de séjour avec mention éventuelle : « reconnu réfugié »
- ☐ photocopie intégrale du **dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu** (en cas de décés du conjoint joindre les **deux situations partielles** avant et après veuvage)
- ☐ photocopie des pièces justificatives des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant **du foyer** : **dernier relevé de la taxe foncière des propriétés bâties et non bâties**, **relevé(s) annuel(s) d'assurance vie** …***En cas d'exonération,*** joindre un relevé de propriétés à solliciter auprès de votre centre des impôts.
- ☐ Un **relevé d'identité bancaire ou postal du compte courant** au nom du demandeur ou du tuteur.
- ☐ Le certificat médical (facultatif)

Si vous êtes hébergé en établissement hors du département de l'Ariège, ajouter :

- ☐ Attestation de présence en établissement
- ☐ Grille AGGIR remplie par le médecin coordonnateur de l'établissement
- ☐ Arrêté de tarification
- ☐ Pour le versement direct de la prestation à l'établissement, courrier de demande et RIB de l'EHPAD

Annexe 1

Déclaration du ou des proches aidants dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie

A remplir par le demandeur ou son référent et à joindre à la demande d'APA si l'usager le souhaite.

Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera « aidants » pour l'attribution éventuelle d'aide au répit.

COORDONNEES DE LA OU DES PERSONNES AIDANTES

	Informations concernant votre 1er aidant	Informations concernant votre 2ème aidant
Nom Prénom		
Age		
Adresse		
Téléphone Fixe		
Téléphone portable		
Adresse E-mail (facultatif)		
Lien avec le demandeur		
Nature de l'aide apportée (1)		
Durée et périodicité de cette aide (2)		

1 :Nature de l'aide apportée (ex : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses…)
2 :Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous parait le plus pertinent).

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant***** de **Mr / Mme***…….certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi *Informatique et libertés* du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels. Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Conseil Départemental, à l'attention de Monsieur le Directeur de l'Autonomie.

Fait à ……le……

Nom - Prénom et signature du demandeur ou de son représentant (précisez la qualité)

***** *Rayer la mention inutile*

APA-GRILLE AGGIR

(à remplir par le médecin traitant)

NOM D'USAGE : ..... **NOM DE NAISSANCE :** .....

PRENOM :..... **DATE DE NAISSANCE :** .....

ADRESSE : ..... **Tél :** .....

CONSEQUENCES DES DEFICIENCES

AUTONOMIE **A** : Fait seul spontanément, totalement, habituellement, correctement **B** : Fait partiellement, non habituellement, non correctement **C** : Ne fait pas	**A , B ou C**
COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	
ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme…	
ACTIVITES MENAGERES : ménage, préparation des repas…	

IMPORTANT : document à produire séparément du certificat médical. A NE PAS INSERER DANS L'ENVELOPPE destinée au certificat médical.

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

Signature et cachet du praticien

L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

L'allocation personnalisée d'autonomie a été mise en place au 1er janvier 2002.

- **Elle** intéresse les personnes âgées de plus de 60 ans, dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie, résidant à leur domicile ou hébergées en établissement.
- **Elle** n'est pas soumise à condition de ressources mais son calcul tient compte du montant de vos revenus ; au-delà d'un certain montant, une participation sera laissée à votre charge.
- **Elle** ne fera pas l'objet d'un recouvrement sur votre succession, sur votre légataire ou donataire éventuel.
- **Elle** devra être utilisée dans sa totalité à la rémunération d'un service d'aide à domicile agréé ou d'une ou plusieurs personnes, membres de votre famille ou non, à l'exception de votre conjoint, de votre concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité.
- **Elle** pourra éventuellement financer d'autres dépenses concourant à votre autonomie telles que des aides techniques, l'accueil de jour, l'adaptation au logement…

Vous pourrez vous procurer un dossier de demande auprès des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) ou auprès du Conseil Départemental.

Dans un premier temps, l'un des membres de l'équipe médico-sociale du Conseil Départemental évaluera, lors d'une visite à votre domicile, le groupe de dépendance auquel vous appartenez.

Si vous relevez de l'allocation – groupes 1 à 4 – le travailleur social établira ensuite avec vous ou votre famille, un plan d'aide et calculera le montant de la prestation.

La décision d'attribution sera prise par le Président du Conseil Départemental après avis d'une instance technique.

A l'initiative du Président du Conseil Départemental, dans les établissements ariègeois hébergeant des personnes âgées dépendantes, l'allocation sera versée directement à l'établissement, sous la forme d'une dotation budgétaire globale, afin d'éviter à chaque résident de constituer le dossier de demande réglementaire.

Pour les établissements extérieurs, un dossier doit obligatoirement être adressé aux services du Conseil Départemental de l'Ariège.

NOTE D'INFORMATION
CENTRE LOCAL D'INFORMATION ET DE COORDINATION (CLIC)

Le Conseil Départemental de l'Ariège a mis en place sur le département 11 Centres Locaux d'Information et Coordination.

Le CLIC est un dispositif gratuit de proximité dont le personnel qualifié :

- assure l'accueil et l'écoute, l'information, le conseil, l'orientation, le soutien et l'accompagnement des personnes âgées ou handicapées, de leur famille et des professionnels,
- met à disposition une documentation relative à l'ensemble du dispositif des aides existantes,
- assure la coordination des dispositifs locaux,
- contribue à la formation du personnel de réseau, organise des réunions thématiques pour les personnes âgées et leur famille,
- évalue l'activité du dispositif et propose des actions d'adaptation aux besoins des personnes âgées ou handicapées et des partenaires.

Dans le cadre de la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'équipe médico-sociale du Conseil Départemental de l'Ariège, évalue la perte d'autonomie (GIR) du demandeur et élabore un plan d'aide.

Le Conseil Départemental a délégué au CLIC, par convention, l'évaluation de la qualité de la mise en œuvre du plan d'aide, son suivi, et son adaptation si nécessaire.

L'organisation de ce dispositif, proche du domicile, assure un soutien au bénéficiaire de l'APA et à sa famille dans les diverses difficultés rencontrées notamment pour les formalités relatives à l'embauche des salariés.

Pour que le CLIC puisse jouer pleinement son rôle d'aide, les services DSD du Conseil Départemental transmettront les informations APA vous concernant.

LISTE CLIC EN ARIEGE

CLIC	ADRESSE	COORDONNEES
CLIC ARIZE LEZE	4 chemin Laillères 09130 LE FOSSAT	Tel Fax : 05. 61. 68. 01. 66 Email : clic.arizeleze@wanadoo.fr
CLIC du COUSERANS	Boulevard Noël Peyrevidal 09200 ST GIRONS	Tel : 05 .61. 96. 21 .93 Email : dsd.cliccouserans@ariege.fr
CLIC de FOIX VARILHES	**CLIC DE FOIX** 1A avenue du Général de Gaulle 09000 FOIX **CLIC DE VARILHES** 10 avenue Jacques Carrié 09120 VARILHES	Tel : 05.34.09.84.44 Fax : 05.34.09.81.28 Email : clicfoix@agglo-pfv.fr Tel : 05.60.60.84.88 Email : clicvarilhes@agglo-pfv.fr
CLIC de HAUTE ARIEGE	Complexe social Le Santoulis 09250 LUZENAC	Tel : 05. 61. 03 .26 .84 Fax : 05.61.03.09.86 Email : clic@cc-hauteariege.fr
CLIC de LAVELANET	29 avenue Léon Blum 09300 LAVELANET	Tel : 05 .34. 09. 84. 28 Fax : 05.61.01.41.65 Email : dsd.cliclavelanet@ariege.fr
CLIC de MIREPOIX	Communauté de Communes du pays de Mirepoix 1 bis chemin de la Mestrise 09500 MIREPOIX	Tel : 05. 61 .69 .02 .84 Fax : 05.34.01.37.89 Email : clic@paysdemirepoix.org
CLIC de PAMIERS	12 place Albert Tournier 09100 PAMIERS	Tel : 05. 61. 60 .72 .59 Email : accueil@clicdepamiers.org
CLIC de SAVERDUN	2 bis rue Louis Pasteur 09700 SAVERDUN	Tel : 06.07.83.74.41 Tel : 07.85.36.76.13 Email : leclicducantondesaverdun@gmail.com
CLIC de TARASCON	15 rue Jean Moulin 09400 TARASCON	Tel : 05 .61 .64 .40 .90 Fax : 05 61 64 43 70 Email : dsd.clictarascon@ariege.fr

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N° 13878*01

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et de la ville

Confidentiel

Certificat médical

Destiné à être joint à une demande auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Nom de naissance

Nom d'épouse

Prénom Date de naissance / /

Adresse

N° d'immatriculation sécurité sociale

N° de dossier auprès de la MDPH *(si connu)*

➲ **Vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient lors d'une précédente demande auprès de la MDPH (ou des dispositifs antérieurs, COTOREP ou CDES)**

et

Il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap* de votre patient depuis le dernier certificat que vous avez établi :

Vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du ., il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap de M

A .. le . Cachet

Signature du médecin

➲ **Dans les autres cas : Veuillez compléter le certificat médical suivant**

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés :

Joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs.

Vous pouvez alors simplement faire référence à ces documents dans les rubriques concernées.

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre à votre patient, pour qu'ils les joignent, sous pli confidentiel, à son dossier de demande auprès de la MDPH.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a besoin que vous lui apportiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel. Ce médecin reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

* ***«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.114 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)***

Pathologie principale à l'origine du handicap

Code CIM

Pathologies autres

Histoire de la (des) pathologie(s) invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande auprès de la MDPH

Date de début des troubles - origine, circonstance d'apparition - antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap - poids de naissance **pour les enfants -** bilan initial, facteur de gravité, évolutivité

☐ Accident du travail ☐ Maladie professionnelle ☐ compte(s) rendu(s) joint(s) *(préciser)*

Description clinique actuelle, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur

Poids .. Taille . latéralité dominante avant handicap ☐ compte(s) rendu(s) joint(s) *(préciser)*

Perspective d'évolution

☐ Stabilité ☐ Aggravation ☐ Incapacité fluctuante *(préciser, si nécessaire, la fréquence des poussées)*
☐ Risque vital ☐ Amélioration *(préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)* ☐ non définie

En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif : Joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal

Observations :

En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif : Joindre le compte rendu type rempli par un ophtalmologiste

Observations :

Traitements, prises en charges thérapeutiques

Nature et durée des traitements en cours *(dont régime)*, préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires,

☐ compte(s) rendu(s) joint(s) *(préciser)*

Prises en charge régulières

☐ Hospitalisations itératives ou programmées
☐ Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
☐ Autres prises en charges paramédicales régulières
☐ Autre *(préciser)*

Nature

Fréquence

Soins ou traitements nocturnes ☐ non ☐ oui *(préciser)*

-

Projet thérapeutique *(le cas échéant)* :

Appareillages

Appareil auditif ☐ unilatéral ☐ bilatéral
☐ Canne, ☐ déambulateur
Fauteuil roulant ☐ manuel ☐ électrique
☐ Orthèse, prothèse (*préciser*)
☐ Sonde urinaire ☐ Stomie urinaire
☐ Stomie digestive d'élimination
☐ Gastro ou jéjunostomie d'alimentation
☐ Trachéotomie
☐ Appareil de ventilation *(préciser)* ☐ O_2
☐ Autre(s) appareillage(s) *(préciser)*

Préciser : Type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance

Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

A compléter en tant que de besoin, en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne

Mobilité, *maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement*

Périmètre de marche

-

L'appréciation tient compte des aides techniques habituelles *(à préciser si autres que celles mentionnées ci-dessus)* :

1 – pas de difficulté 2 – difficulté modérée
3 – difficulté grave ou absolue

	1	2	3
Marcher	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur	☐	☐	☐
Préhension main dominante	☐	☐	☐
Préhension main non dominante	☐	☐	☐
Motricité fine	☐	☐	☐

Communication *orale, écrite, gestuelle ou autre, relation avec autrui*

Compte rendu de bilan du langage oral et écrit joint : ☐

Utiliser des appareils et techniques de communication (téléphone, téléalarme, ordinateur) ☐ ☐ ☐

Conduite émotionnelle, *relationnelle*

Cognition, *attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, vitesse d'idéation comportement, orientation dans le temps ou l'espace*

	1	2	3
Orientation dans le temps	☐	☐	☐
Orientation dans l'espace	☐	☐	☐

Retentissement sur la sécurité *: gestion des situations à risque, Capacité de discerner les dangers, mise en danger*

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : ☐ non ☐ oui *(précisez)*

Entretien personnel : *toilette, habillage, continence, alimentation*

A : sans difficulté B : difficilement ou avec aide technique
C : aide humaine partielle D : aide humaine totale

	A	B	C	D
Faire sa toilette	☐	☐	☐	☐
S'habiller, se déshabiller	☐	☐	☐	☐
Manger et boire des aliments préparés	☐	☐	☐	☐
Couper ses aliments	☐	☐	☐	☐
assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	☐	☐	☐	☐

Vie quotidienne et vie domestique *: travaux ménagers, course, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches*

Retentissement sur la vie sociale et familiale *(si besoin)*

Retentissement sur la scolarité *(si en âge scolaire)* **:** ☐ non ☐ oui *(préciser)*

Retentissement sur l'emploi *(si besoin)* ☐ Avis du médecin du travail joint

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi : ☐ non ☐ oui *(préciser)*

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation : ☐ non ☐ oui *(préciser)*

Dans les deux cas précisez les restrictions d'aptitudes éventuelles, les aménagements de poste et/ou accompagnements souhaitables

Préconisations : Prise en charge médico-sociale, aide humaine, aide technique, aménagements *(Si besoin)*

Observations *(Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne)*

Certificat médical établi par :

A le Cachet (obligatoire)

Signature du médecin