

FORMULAIRE à faire remplir par le médecin traitant pour :

- Une Première demande,
- Un Changement de Situation,
- En cas de recours

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Date évaluation :

Déplacement : Périmètre de marche

Modalités d'utilisation des aides techniques			Fréquence d'utilisation
Cannes	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Déambulateur	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Capacité à effectuer ses transferts	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de l'enfant par comparaison avec un enfant du même âge.

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

A	B	C	D	NS
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	A	B	C	D	NSP
Marcher :					
Périmètre de marche : <i>(évaluation supérieure à 200m)</i>					
Utiliser les transports en commun seul :					
Réaliser un trajet en transport en commun seul avec des correspondances :					
Utiliser les transports en commun accompagné :					
Risques de chutes :					
Assurer l'élimination :					

Capacité cognitive :		A	B	C	D	NSP
Orientation dans le temps :						
Orientation dans l'espace :						
Gestion de la sécurité personnelle :						
Maîtrise du comportement avec autrui :						
Fatigabilité :						

Communication :		A	B	C	D	NSP
Communiquer avec les autres : (<i>s'exprimer, se faire comprendre</i>)						
Utiliser le téléphone :						
Utiliser les autres appareils et techniques de communication :						
Lire :						
Entendre :						
Voir :						

Précisions, Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

Conduite émotionnelle et comportementale :

NOM, signature et Tampon du médecin :