



RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

A remplir par la ou les personnes ayant la charge effective de l'enfant : parents ou représentant légal.

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

NE(E) LE : SEXE :

ADRESSE :

..... TELEPHONE :

Caisse d'Assurance Maladie : N° d'assuré :

Organisme de Prestations Familiales : (CAF-MSA-etc) N° allocataire CAF ou MSA :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE : COURS SUIVI :

Si votre réduction ou absence totale d'activité professionnelle est motivée par la prise en charge de votre enfant handicapé, elle peut vous donner droit à l'attribution d'un complément d'AEEH. L'attribution de ce complément pourra être étudiée si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne ou si vous faites face à des frais supplémentaires liés au handicap de votre enfant.

IMPORTANT : joignez SVP les justificatifs relatifs à vos déclarations.

Pour améliorer notre information, vous pouvez fournir tous les documents que vous jugerez nécessaires.

❶ COMPOSITION DE LA FAMILLE ET SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARENTS

<u>MERE :</u>	<u>PERE :</u>
Date de naissance :	Date de naissance :
Profession :	Profession :
Quotité de travail :	Quotité de travail :
- Temps plein <input type="checkbox"/>	- Temps plein <input type="checkbox"/>
- Temps partiel : %	- Temps partiel : %

Si l'un ou l'autre des parents ne travaille pas, merci de cocher la case correspondante :

<input type="checkbox"/> Retraite (anticipée <input type="checkbox"/> ou non <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> Retraite (anticipée <input type="checkbox"/> ou non <input type="checkbox"/>)
<input type="checkbox"/> Congé Parental	<input type="checkbox"/> Congé Parental
<input type="checkbox"/> ASSEDIC	<input type="checkbox"/> ASSEDIC
<input type="checkbox"/> RSA	<input type="checkbox"/> RSA
<input type="checkbox"/> AAH	<input type="checkbox"/> AAH
<input type="checkbox"/> Sans activité rémunérée	<input type="checkbox"/> Sans activité rémunérée
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières	<input type="checkbox"/> Indemnités journalières

Un des parents élève t-il seul son ou ses enfants ? Oui Non Si oui, lequel :

Nombre d'enfants dans la fratrie :

② EMPLOI D'UNE TIERCE PERSONNE

- Employez-vous une tierce personne pour votre enfant ? oui non

Si oui, merci de préciser le nombre d'heures par semaine :

Précisez le statut et / ou les coordonnées des aidants (assistante maternelle, association, ...) :
.....

③ FRAIS SUPPLEMENTAIRES LIES AU HANDICAP DE VOTRE ENFANT

- Rencontrez-vous des dépenses spécifiques en rapport avec le handicap de votre enfant ? oui non

Si oui, merci de renseigner le tableau ci-dessous.

Nature des frais	Coût global	Autres financeurs sollicités et montants obtenus (CPAM, mutuelle, ...)	Montant à votre charge	Périodicité (semaine, mois, occasionnelle)

④ INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES SUR L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT

- Temps de présence dans les structures d'accueil :

Etablissement scolaire (école, collège , ...)	
Etablissement spécialisé (IME, IEM , ITEP , ...)	
EMPE	
Autres (crèche , ...)	

⑤ OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

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

Nom et qualité de la personne
ayant rempli le formulaire

Date :
Signature :