

# 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 contactons 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

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 :

Représentant légal 1

Représentant légal 2 (le cas échéant)

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 :

M.D.P.H.  
Formulaire de demande

.....

.....

## 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 : \_\_\_\_\_

5/20

Aide technique,  
matériel ou  
équipement

 Aménagement  
de logement

 Aménagement  
de véhicule

 Aides animalières

 Aides techniques (préciser) :  
ex : barre d'appui, déambulateur...

 Autres :

 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 faire les courses

 Pour gérer son budget et répondre aux  
obligations (démarches administratives  
assurances, impôts...)

 Pour préparer les repas

 Pour l'hygiène corporelle  
(se laver, aller aux toilettes)

 Pour prendre les repas

 Pour s'habiller  
(mettre et ôter les vêtements, les choisir...)

 Pour faire le ménage et l'entretien des  
vêtements

 Pour prendre soin de sa santé  
(suivre un traitement, aller en consultation ...)

 Autre besoin, préciser :

## Besoin pour se déplacer

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pour se déplacer dans le domicile          | <input type="checkbox"/> Pour utiliser un véhicule              |
| <input type="checkbox"/> Pour sortir du domicile ou y entrer        | <input type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun |
| <input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'extérieur du domicile | <input type="checkbox"/> Pour partir en vacances                |

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

Autre situation, préciser : \_\_\_\_\_

## Besoin pour la vie sociale

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre    | <input type="checkbox"/> Pour s'occuper de sa famille   |
| <input type="checkbox"/> Pour avoir des activités sportives et des loisirs | <input type="checkbox"/> Pour être accompagné(e) dans la vie citoyenne (ex : aller voter, vie associative...) |
| <input type="checkbox"/> Pour les relations avec les autres                | <input type="checkbox"/> Pour assurer sa sécurité   |

Autre besoin, préciser : \_\_\_\_\_

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

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vivre à domicile                      | <input type="checkbox"/> Une aide pour se déplacer   | <input type="checkbox"/> Un accueil temporaire en établissement  |
| <input type="checkbox"/> Vivre en établissement                | <input type="checkbox"/> Du matériel ou équipement   | <input type="checkbox"/> Une aide animalière   |
| <input type="checkbox"/> Un aménagement du lieu de vie         | <input type="checkbox"/> Une aide financière pour des dépenses liées au handicap                 | <input type="checkbox"/> Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne   |
| <input type="checkbox"/> Une aide humaine : quelqu'un qui aide | <input type="checkbox"/> Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> 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





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

Autre, préciser :

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

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

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

À partir de quand sera-t-il scolarisé ?

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

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), préciser 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...), préciser l'année et l'organisme :

D3 Votre projet professionnel

Avez-vous un ou plusieurs projet(s) professionnel(s) ?

Si oui, le(s)quel(s) :

Form area with horizontal dotted lines for writing.

Avez-vous besoin d'un soutien pour :

- Faire un bilan de vos capacités professionnelles
- Préciser votre projet professionnel
- Adapter votre environnement de travail
- Accéder à un emploi
- Accéder à une formation

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

Form area with horizontal dotted lines for identifying a structure.

Avez-vous déjà pris contact avec cette structure ?  Oui  Non

Autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre situation professionnelle :

Form area with horizontal dotted lines for providing additional information.

Form area for entering the name.

Form area for entering the first name.



**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 :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Surveillance / présence responsable             | <input type="checkbox"/> Coordination des intervenants professionnels           |
| <input type="checkbox"/> Aide aux déplacements à l'intérieur du logement | <input type="checkbox"/> Gestion administrative et juridique                    |
| <input type="checkbox"/> Aide aux déplacements à l'extérieur             | <input type="checkbox"/> Gestion financière                                     |
| <input type="checkbox"/> Aide pour entretenir le logement et le linge    | <input type="checkbox"/> Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Aide à l'hygiène corporelle                     | <input type="checkbox"/> Aide à la communication et aux relations sociales      |
| <input type="checkbox"/> Aide à la préparation des repas                 | <input type="checkbox"/> Aide au suivi médical                                  |
| <input type="checkbox"/> 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...)
- Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation...)
- Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite...)
- Problème de santé
- Changement majeur dans la situation professionnelle
- 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
- Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin
- Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu
- Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances
- Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle
- Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux
- Obtenir une contrepartie financière
- Échanger avec d'autres aidants
- Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche
- Avoir un soutien psychologique
- Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche
- 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 :

Taille :

Latéralité dominante avant handicap :

Droite

Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :

Permanents

Réguliers  
> 15 j par mois

ponctuel  
< 15 j par mois

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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       Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser)
- Suivi médical spécialisé       Autres

Fréquence

Précisions :

Prise en charge sanitaire régulière	Fréquence	Suivis pluridisciplinaires :	Modalité de suivi
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute		<input type="checkbox"/> CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique)	
<input type="checkbox"/> Infirmière		<input type="checkbox"/> CMP (Centre Médico Psychologique)	
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute		<input type="checkbox"/> CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)	
<input type="checkbox"/> Orthophoniste		<input type="checkbox"/> Hôpital de jour	
<input type="checkbox"/> Orthoptiste		<input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Psychologue			
<input type="checkbox"/> Psychomotricien			
<input type="checkbox"/> 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 / Elimination :  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	<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	
Ralentissement moteur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Besoin de pauses : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : <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 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**

	A	B	C	D	NSP
Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement					
Marcher :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisions :	<input type="text"/>				

**Communication**

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



### Cognition / Capacité cognitive

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

	A	B	C	D	NSP
Orientation dans le temps :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion de la sécurité personnelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maîtrise du comportement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Toilette, habillage, continence, alimentation...

	A	B	C	D	NSP
Faire sa toilette :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper ses aliments :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

## Vie quotidienne et vie domestique

A B C D NSP

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 :

---

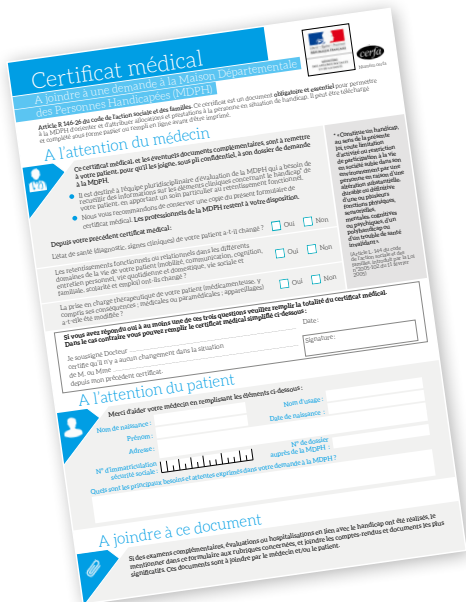
Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :

Fait à :

Signature du médecin

Signature du patient (non obligatoire)

# Comprendre et bien remplir le certificat médical de la MDPH



Guide pour l'utilisation du certificat médical à destination de la Maison départementale des personnes handicapées



Les coordonnées des MDPH sont disponibles sur [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

## L'essentiel des conseils pour un certificat médical bien rempli

**Les informations apportées par le certificat médical que vous remplissez vont permettre à la MDPH d'évaluer efficacement la situation de votre patient, pour lui apporter les réponses les plus adaptées à sa situation (voir l'encadré « Quelques repères sur l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH »).**

**Compléter le diagnostic et les éléments cliniques avec des informations sur les retentissements dans la vie quotidienne.** Les informations sur la seule pathologie ne sont pas suffisantes pour évaluer la situation de votre patient.

Il est important de préciser :

- ⇒ les difficultés rencontrées dans les différents domaines de la vie (communication, entretien personnel, mobilité, etc.), les compensations si elles existent ;
- ⇒ les difficultés rencontrées au quotidien dans le cadre familial, social et professionnel ;
- ⇒ la régularité ou le caractère fluctuant des troubles ;
- ⇒ les informations sur la nature et la posologie des thérapeutiques doivent être complétées avec une description des contraintes et des effets secondaires éventuellement présentés.

**Joindre des comptes-rendus médicaux, paramédicaux, apporter des informations complémentaires au certificat :** comptes-rendus récents d'hospitalisations, de consultations spécialisées ou de prises en charge paramédicales (psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, etc.).

**Un certificat complémentaire doit être rempli lorsque certaines déficiences ont des répercussions dans la vie de votre patient :**

- ⇒ Certificat complémentaire ORL ou ophtalmologique, en cas de déficiences sensorielles (volets 1 et 2).

## Certificat médical simplifié

Cette rubrique doit être utilisée seulement si les deux conditions suivantes sont remplies :

- ⇒ Vous avez déjà rempli un certificat médical pour personne handicapée pour ce patient.
- ⇒ Et, depuis ce dernier ce certificat, le retentissement fonctionnel déjà décrit n'a pas évolué.

↳ *Toute information sur l'évolution de la situation de votre patient est utile et peut avoir une importance pour l'accès à un nouveau droit pour ce patient.*

## En quoi consiste l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ?

L'équipe pluridisciplinaire a besoin d'informations variées pour évaluer de façon pertinente la situation d'une personne, identifier ses besoins, élaborer les réponses pouvant être apportées, appliquer les critères réglementaires d'éligibilité et fixer les durées des droits ouverts.

Cette évaluation est globale. Elle porte sur différentes dimensions et aborde notamment les déficiences, les limitations d'activités et leurs retentissements dans la vie quotidienne, sociale, scolaire ou professionnelle de la personne, en tenant compte de son environnement.

Le diagnostic de la pathologie à l'origine du handicap est important à prendre en compte car il permet notamment d'avoir des éléments de pronostic et de rattacher les déficiences et incapacités à un tableau clinique connu. Toutefois ce diagnostic ne permet pas une évaluation du handicap, celui-ci variant avec le retentissement fonctionnel, le stade évolutif, les thérapeutiques mises en œuvre avec leurs contraintes ou effets secondaires.

Cette approche permet de s'adapter à la diversité des situations. Deux personnes atteintes d'une même pathologie peuvent, en fonction du retentissement fonctionnel, se voir reconnaître un taux d'incapacité et des propositions d'aides différents.

## Comment se déroule cette évaluation ?

En fonction de la situation, l'évaluation peut s'effectuer sur la base des documents transmis par la personne, dont le certificat médical, ou nécessiter un rendez-vous ou une visite à domicile.

Cette évaluation s'inscrit dans la continuité du parcours de soins et d'accompagnement de la personne en situation de handicap. Elle n'a pas vocation à poser, confirmer ou infirmer un diagnostic et s'appuie pour une grande part sur les bilans et examens déjà réalisés.

## Comment remplir ce certificat ?

Ce certificat est utilisable pour des enfants ou des adultes de tout âge, quelles que soient les pathologies ou les déficiences.

- ⇒ Il vous appartient de compléter les différentes rubriques en détaillant les spécificités liées à la situation de votre patient, en utilisant si nécessaire les zones de texte libres.
- ⇒ Dans certains cas, un certificat complémentaire est nécessaire : certificat ophtalmologique en cas de déficiences visuelles ou ORL en cas de déficiences auditives.
- ⇒ Il est utile de joindre au certificat médical que vous avez complété, des comptes rendus récents d'hospitalisation, de consultations spécialisées ou de prises en charges paramédicales (bilan de psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, etc.).

**La durée de validité de ce certificat médical est de 6 mois.** Dans le cas d'un handicap susceptible d'une évolution rapide, l'équipe pluridisciplinaire peut demander un certificat d'une durée de validité inférieure.

## Informations complémentaires

- ⇒ Toute personne a accès à l'ensemble des informations médicales la concernant y compris aux documents contenant des informations médicales détenues par un organisme chargé d'une mission de service public, même non médicale (article L 1111-7 du code de santé publique).
- ⇒ L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH constitue une équipe de soins. Le partage et les échanges d'informations, y compris pour les données à caractère médical, sont dorénavant possibles au sein de cette équipe (Article L. 1110-4 introduit par la loi de modernisation de notre système de santé, articles R. 1110-1 et suivants et D. 1110-3-4 du code de santé publique).

## Rubriques concernant la pathologie, l'histoire de la pathologie et la description clinique

- ⇒ **Indiquer les pathologies**, accidents ou anomalies congénitales à l'origine du handicap.
- ⇒ **Mentionner l'origine** et l'ancienneté des troubles et préciser les antécédents, en rapport ou non avec le handicap, notamment lorsqu'ils ont eu un impact sur l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle de la personne (hospitalisations répétées ou prolongées, arrêts maladies répétés, prises en charges thérapeutiques lourdes, etc.).
- ⇒ **Décrire la symptomatologie** ayant un retentissement sur la situation de la personne en indiquant la fréquence de ces signes cliniques (troubles de l'alimentation ou sphinctériens, troubles cognitifs ou psychiques, hypersensibilité sensorielle, etc.) et **préciser les éventuels symptômes associés** (douleur, asthénie, retentissement psychique, etc.) qui peuvent aussi avoir un retentissement à prendre en compte.

**Les perspectives d'évolution** sont un élément d'information important qui peut avoir un impact sur les critères d'éligibilité ou la durée d'attribution des prestations.

- ↳ *Les répercussions de ces différents signes cliniques et déficiences dans la vie de la personne seront à indiquer à la rubrique concernant le retentissement fonctionnel.*

## Rubrique concernant les déficiences sensorielles

Une description par un spécialiste est obligatoire s'il y a des répercussions d'une atteinte auditive ou d'une atteinte visuelle dans la vie de votre patient.

Outre les audiogrammes tonal et vocal ou l'acuité visuelle, ces certificats médicaux complémentaires permettent de préciser le retentissement fonctionnel et les troubles associés qui peuvent être présents.

Des bilans fonctionnels réalisés par d'autres professionnels de santé peuvent aussi être joints (par exemple le bilan fonctionnel réalisé par un orthoptiste ou un ergothérapeute spécialisé en réadaptation basse vision).

## Rubrique concernant les traitements

Cette rubrique permet de détailler les traitements, prises en charge thérapeutiques ou appareillages, en prêtant une attention particulière à leurs conséquences sur la vie de ce patient :

- ⇒ Effets secondaires.
- ⇒ Contraintes liées à l'éloignement des lieux de soins, aux modalités de traitement, à la fréquence ou à l'organisation des prises en charge.
- ⇒ Difficultés d'adaptation ou d'utilisation des appareillages, etc.

Il peut arriver que ce soient uniquement les contraintes liées aux prises en charge (hospitalisation de jour répétée, éloignement des lieux de soins, etc.) ou les effets secondaires des traitements qui aient des conséquences sur la vie de la personne.

- ↳ *La partie « projet thérapeutique » est principalement à compléter lorsqu'un nouveau traitement ou un changement de protocole est envisagé mais pas encore mis en place. Il est utile de préciser le délai envisagé pour cette évolution de la prise en charge thérapeutique.*
- ↳ *N'hésitez pas à apporter des commentaires.*

## Rubrique concernant le retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Les différents items de cette rubrique permettent de préciser les conséquences de l'état de santé de ce patient sur ses activités habituelles et sa participation à la vie sociale.

Ces données relatives aux limitations d'activités, qu'elles soient liées aux différentes déficiences et manifestations cliniques, aux symptômes associés, aux contraintes liées aux traitements ou aux prises en charges, etc., vont contribuer à identifier les besoins du patient et permettront à l'équipe pluridisciplinaire de proposer des éléments de compensation.

Plusieurs domaines d'activités dans lesquels des retentissements peuvent être constatés sont évoqués. Pour chaque activité, il est important de tenir compte de la capacité physique mais aussi des fonctions supérieures (mentale, cognitive ou psychique) pour réaliser les activités concernées.

L'échelle de cotation est à remplir en fonction des informations dont vous disposez. Elle permet de donner des indications sur le niveau et le type de retentissement. Toutefois certaines activités peuvent être difficiles à évaluer. Cela peut être le cas, par exemple, des activités portant sur la communication, la cognition et les aspects relationnels. Cela peut aussi concerner le retentissement sur la vie sociale et familiale (y compris le cas échéant, la vie affective et sexuelle), la scolarité, l'accès ou le maintien dans l'emploi ou le suivi de formations.

- ↳ *Toute indication de l'existence de difficulté est à communiquer. L'équipe pluridisciplinaire approfondira ces questions si nécessaire.*
- ↳ *Toutes les personnes ne seront pas concernées par l'ensemble des rubriques, il vous est simplement demandé dans la mesure du possible de décrire ce dont vous avez connaissance.*

## Rubrique concernant les remarques ou observations complémentaires

L'objectif est de vous permettre de compléter les informations et de donner votre avis sur les difficultés de ce patient, ses besoins, les réponses pouvant être apportées et le cas échéant de mieux s'articuler avec les prises en charges initiées ou envisagées. Cette rubrique vous permet notamment :

- ⇒ De faire état des spécificités de la pathologie ou de la situation de ce patient si elles n'ont pas pu être indiquées dans les rubriques précédentes.
- ⇒ De préciser les solutions utiles mises ou à mettre en place et pouvant améliorer sa situation (intervention humaine, aide technique, aménagement du logement, etc.).

Il ne s'agit toutefois pas de vous prononcer sur l'octroi d'une prestation, les décisions relevant de la compétence de la MDPH en application de la réglementation en vigueur.

## Rubrique concernant les coordonnées et signature

Atteste de la validité du certificat transmis à la MDPH comme pièce réglementaire de la demande.

- ↳ *Si ce patient ne s'y oppose pas, cela permettra, en cas de besoin, au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de reprendre contact avec vous.*



## Pièces obligatoires à fournir pour toute(s) demande(s)

<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Le formulaire de demande MDPH (Cerfa N°15692*01, complété, daté et signé.</u></b></li> </ul>
<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Le certificat médical de la MDPH (original),</u> complété par un médecin, signé et daté de moins d'un 1 an lors du dépôt de la demande.</b></li> </ul> <p>Vous pouvez joindre toute copie de document médical complémentaire qui vous paraît utile, sauf les radiographies.</p>
<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>La photocopie d'un justificatif d'identité de la personne concernée par la demande :</u></b></li> </ul> <p><b>pour les adultes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Photocopie recto et verso de la carte d'identité, ou du passeport pour les français et pour les ressortissants de l'espace économique européen.</li> <li>✓ Photocopie recto et verso du titre de séjour en cours de validité pour les ressortissants hors espace économique européen</li> </ul> <p><b>pour les enfants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Justificatifs d'identité des parents et justificatif d'identité de l'enfant ou le cas échéant, copie du livret de famille.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>La photocopie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois :</u></b> quittance de loyer, facture d'électricité ou de gaz...</li> </ul> <p><b>Situations particulières :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pour les personnes hébergées : un justificatif de domicile + une attestation sur l'honneur de l'hébergeant mentionnant la date d'entrée dans le domicile.</li> <li>✓ Pour les personnes sans résidence stable : une attestation de domiciliation ou d'élection de domicile auprès d'un organisme agréé.</li> <li>✓ Pour les personnes en établissement : une attestation de l'établissement avec la date d'admission + les justificatifs des 3 derniers mois avant l'admission dans l'établissement</li> </ul>
<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Pour les mineurs</u></b> le cas échéant fournir la photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale</li> </ul>
<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Pour les majeurs</u></b> bénéficiant d'une mesure de protection juridique, fournir la photocopie du jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice.</li> </ul>

## Pièces spécifiques : à fournir selon les demandes formulées

<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En cas de déficience visuelle</b>, joindre le bilan ophtalmologique de la MDPH (A demander à la MDPH)</li> <li>• <b>En cas de déficience auditive</b>, joindre un audiogramme <u>de moins de 6 mois</u> réalisé par votre ORL (Si vous avez plus de 60 ans et êtes retraité, joindre un audiogramme d'avant vos 60 ans) (A demander à la MDPH)</li> </ul>
--------------------------	--	---

## Pièces demandées pour la PCH (Prestation de Compensation du Handicap)

<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dernier avis d'imposition</b> du bénéficiaire, du concubin, ou de la personne qui exerce l'autorité parentale sur la personne mineure</li> </ul>
<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Relevé d'identité Bancaire</b> (RIB) au nom de la personne handicapée ou au nom de la personne qui exerce l'autorité parentale sur la personne mineure</li> </ul>
<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Couverture sociale et santé :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Attestation d'assuré social ou Couverture Maladie Universelle (CMU)</li> <li>✓ Affiliation à une mutuelle ou à la CMU complémentaire</li> <li>✓ Attestation de pension d'invalidité de 3ème catégorie (Ex : Majoration Tierce Personne)</li> <li>✓ Le décompte ou devis éventuel du remboursement par votre complémentaire santé pour vos prothèses auditives</li> </ul> </li> </ul>
<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Document justifiant de votre situation au regard de l'emploi</b> (fiche de paie, demandeur d'emploi, stagiaire, retraité, etc...)</li> </ul>
<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pour une demande d'aide technique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Devis de moins de 6 mois de l'aide demandée</li> <li>✓ Prescription médicale de moins d'1 an pour vos prothèses auditives</li> <li>✓ Dans le cas d'un renouvellement de prothèses auditives, une attestation de votre ORL indiquant le motif du renouvellement du matériel</li> </ul> </li> </ul>
<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devis normalisé <u>de moins de 6 mois</u> de votre demande de prothèses auditives que vous souhaitez acquérir ou facture si déjà achetées</li> <li>• Devis normalisé <u>de moins de 6 mois</u> ou facture des aides techniques adaptées que vous souhaitez acquérir ou facture si déjà achetées</li> </ul>
<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pour une demande d'aménagement du véhicule :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Photocopie recto / verso du permis de conduire aménagé du demandeur</li> </ul> </li> </ul>

Le formulaire de demande(s) est constitué de **6 parties détachables** (A, B, C, D, E et F).

**Nous vous invitons à remplir au moins 2 parties** de ce formulaire : la partie A obligatoirement et au moins une autre partie (en priorité la partie E).

**Vous ne devez adresser à la MDPH que les parties qui ont été renseignées.** Les parties non remplies sont à jeter.

Ce mémo vous aide à **cibler les rubriques qui vous concernent** dans le formulaire.

### Partie A : « Votre identité » (pages 1 à 4)

#### À remplir obligatoirement

Cette partie vous permet d'indiquer :

- ✓ Si vous avez déjà un dossier à la MDPH de Paris ou dans un autre département
- ✓ Votre identité, votre domiciliation
- ✓ Pour les enfants, quelles sont les personnes qui assurent l'autorité parentale
- ✓ Pour les adultes, si une mesure de protection (tutelle, curatelle) est en cours

**Nous vous invitons fortement à renseigner une adresse mail.**



**Attention, ne pas oublier de dater et signer le formulaire en page 4**

### Partie B : « Votre vie quotidienne » (pages 5 à 8)

#### À remplir pour toute première demande et recommandé pour les renouvellements

Cette partie vous permet de communiquer aux professionnels de la MDPH vos attentes et vos besoins afin qu'ils soient pris en compte lors de l'évaluation de votre situation.

Cependant chaque attente cochée ne donnera pas forcément lieu à une ouverture de droits.

**Si vous souhaitez demander la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), nous vous conseillons de cocher « Prestation de Compensation du Handicap » dans la partie E 1 (page 17).**

Nous vous invitons également à préciser vos besoins en complétant au moins l'une des cases suivantes dans la partie B3 – « Les attentes pour compenser la situation de handicap » (page 7) :

- Besoin d'une aide pour vous déplacer
- Besoin d'un matériel ou d'un équipement
- Besoin d'une aide animalière
- Besoin d'un aménagement du lieu de vie
- Besoin d'une aide humaine.

### Partie C : « Vie scolaire ou étudiante » (pages 9 à 12)

#### À remplir pour toute prise en charge scolaire ou médico-sociale (enfant)

**Pour toute demande concernant la scolarité, nous vous invitons à contacter l'enseignant référent handicap de l'établissement scolaire (\*) ou la mission handicap de l'université.**

Pour information, la MDPH n'est pas compétente pour les demandes d'aménagements des conditions d'examen. Il convient de vous adresser au rectorat ou à l'organisme en charge de l'organisation de l'examen.

(\*) Pour les établissements publics ou privés sous contrat uniquement

**Partie D : « Votre situation professionnelle » (pages 13 à 16)**

**À remplir pour toute demande d'Allocation Adulte Handicapé (AAH)  
et d'insertion professionnelle**

**Partie E : « Expression des demandes de droits et prestations » (pages 17 à 18)**


Cette partie vous permet de cocher directement les aides que vous souhaitez demander.

**Quels que soient vos attentes et besoins, nous vous recommandons de cocher des demandes dans cette partie.**


**Si nécessaire, notre accueil peut vous informer et vous accompagner pour remplir cette partie.**

Toutes les informations sur les prestations délivrées par la MDPH sont disponibles sur notre site internet : <https://handicap.paris.fr/la-mdph/nos-prestations/>.

**Les pièces à joindre **obligatoirement** à votre demande \* :**

- 1. Le formulaire de demande(s) MDPH – uniquement les parties complétées**
- 2. Le certificat médical de la MDPH daté de moins d' 1 an** (rempli par un médecin généraliste ou spécialiste). Le document doit être signé ou à minima le numéro d'identification du médecin renseigné. 
- 3. La copie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne concernée et de son représentant légal le cas échéant (et une attestation de jugement en cas de protection juridique)**
- 4. La copie d'un justificatif de domicile daté de moins de 3 mois** (quittance, facture ...)

**À joindre le cas échéant :**

- ✓ Les derniers bilans et comptes rendus de **consultations spécialisées et d'hospitalisation**
- ✓ Pour les personnes déjà accueillies en établissement, **le formulaire DUO** à retirer auprès de l'établissement concerné.
- ✓ Dans le cas d'une demande de parcours de scolarisation cochée en partie E du formulaire :
  - Si l'enfant est scolarisé dans un établissement public ou privé sous contrat, l'enseignant référent devra envoyer à la MDPH un Gevasco (Guide d'EVALuation de la SColarisation) suite à l'Equipe éducative ou Equipe de suivi de scolarisation
  - Si l'enfant est scolarisé dans un établissement privé hors contrat, joindre directement le Gevasco au formulaire cerfa
- ✓ **Dans les parties du formulaire vous concernant, tout document mentionné par un trombone** 

**À noter : Pour les demandes de carte(s), ne pas joindre de photos**

*(\*) Nous vous recommandons de faire une copie de votre dossier avant envoi.*