

## Fiche de demande - CapParents Alphysia

Service d'accompagnement à la périnatalité et à la parentalité des personnes en situation de handicap

Cette fiche concerne les demandes pour la Savoie, la Haute-Savoie et l'Isère, à envoyer à : [cap.parents@alphysia.org](mailto:cap.parents@alphysia.org)

Tel : 04 50 52 04 20

PERSONNE QUI CONTACTE CapParents		
NOM Prénom :	Tel :	Mail :
Qualité (si professionnel, préciser le métier et l'employeur) :		
<input type="checkbox"/> Personne concernée <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> Professionnel ..... <input type="checkbox"/> Autre : .....		

LA(LES) PERSONNE(S) CONCERNE(ES) PAR LE BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT
---

La demande concerne :  Désir/projet d'enfant    Grossesse    Parentalité   Dep    73    74    38

	Personne concernée 1	Personne concernée 2
Besoin d'accompagnement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
NOM		
PRENOM		
DATE DE NAISSANCE	...../...../.....	AGE :
LIEU DE VIE ET ADRESSE	<input type="checkbox"/> Milieu ordinaire (domicile) <input type="checkbox"/> Etablissement social / médico-social <input type="checkbox"/> Autres : Adresse :	<input type="checkbox"/> Milieu ordinaire (domicile) <input type="checkbox"/> Etablissement social / médico-social <input type="checkbox"/> Autres : Adresse :
TELEPHONE		
MAIL		
PERSONNES RESSOURCES		
PROBLEMATIQUES SPECIFIQUES	Mobilité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Visuelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Auditive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mobilité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Visuelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Auditive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
GROSSESSE	Primipare : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Terme : ...../...../.....	Primipare : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Terme : ...../...../.....
NOMBRE ENFANT(S)/AGE(S)		
SITUATION MATRIMONIALE	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e)/pacsé(e) <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> divorcé(e)/séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve)	

### ALPHYRIA (siège)

ZA Park Nord – Les Pléiades n°21  
 Route de la Bouvarde  
 74370 EPAGNY – METZ-TESSY  
 Tel : 04 57 98 20 20  
 contact@alphysia.org

### POLE ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

SESSAD Belluard  
 SESSAD projet 16/25 ans  
 Service d'accompagnement à la vie sociale  
**Epicentre**  
 3 avenue du Capitaine Anjot  
 CRAN-GEVRIER 74960 ANNECY  
 Tel : 04 50 52 04 20 - belluard@alphysia.org

### alphysia.org

Association à but non lucratif  
 reconnue d'intérêt général  
 Affiliée à Paralysie Cérébrale France  
 reconnue d'utilité publique  
 SIREN 776 529 182 - APE 8899B



		<b>Personne concernée 1</b>	<b>Personne concernée 2</b>
EXERCICE DE L'AUTORITE PARENTALE	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Mesure de protection de l'enfance pour vos enfants : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Mesure de protection de l'enfance pour vos enfants : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
MESURE DE PROTECTION DES MAJEURS DU(DES) PARENT(S)	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle simple <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle simple <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Autre :	
<b><u>HANDICAP(S)</u></b>			
NOTIFICATION MDPH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Demande en cours	<input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Sensoriel (auditif et visuel) <input type="checkbox"/> Mental/cognitif hors TND <input type="checkbox"/> TND <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Sensoriel (auditif et visuel) <input type="checkbox"/> Mental/cognitif hors TND <input type="checkbox"/> TND <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Aucun	
PRECISION SUR LE HANDICAP			

**Présentation de la situation (problématiques, accompagnement déjà mis en place, personnes ressources, etc.)**

**Quel(s) besoin(s) d'accompagnement ? (Besoins, attentes, etc.)**

**Admission à CapParents (A compléter par CapParents) :** OUI NON

*Commentaire : (Si non, pourquoi ? et l'orientation proposée)*

**Date de réception de la demande : ...../...../..... Date de la décision de CapParents : ...../...../.....**

---

**ALPYRIA (siège)**

ZA Park Nord – Les Pléiades n°21  
Route de la Bouvarde  
74370 EPAGNY – METZ-TESSY  
Tel : 04 57 98 20 20  
contact@alpysia.org

**POLE ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE**

SESSAD Belluard  
SESSAD projet 16/25 ans  
Service d'accompagnement à la vie sociale  
Epicentre  
3 avenue du Capitaine Anjot  
CRAN-GEVRIER 74960 ANNECY  
Tel : 04 50 52 04 20 - belluard@alpysia.org

**alpysia.org**

Association à but non lucratif  
reconnue d'intérêt général  
Affiliée à Paralysie Cérébrale France  
reconnue d'utilité publique  
SIREN 776 529 182 - APE 8899B