

Fiche de demande - CapParents Alpysia

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@alpysia.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 :/...../..... 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)	<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)

ALPYSIA (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



	Personne concernée 1	Personne concernée 2
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 :
HANDICAP(S)		
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 :**/...../.....