



# SONDAGE LEA POUR SAMY

## A REMPLIR ET RENVOYER PAR MAIL – FAX OU COURRIER

**Nom (ne sera pas diffusé) :** .....

**Age de votre enfant :** .....

**Département d'habitation :** .....

<b>Diagnostic</b>	<input type="checkbox"/> Autisme <input type="checkbox"/> Troubles Envahissants du Développement <input type="checkbox"/> Asperger <input type="checkbox"/> Autres : .....	<input type="checkbox"/> Dysharmonie évolutive <input type="checkbox"/> Psychose infantile <input type="checkbox"/> Pas de diagnostic
-------------------	---	---

<b>Lieu de prise en charge</b>	<input type="checkbox"/> Hôpital de Jour <input type="checkbox"/> CMPP <input type="checkbox"/> CAMSP <input type="checkbox"/> SESSAD <input type="checkbox"/> IME <input type="checkbox"/> Structure éducative <input type="checkbox"/> A la maison <input type="checkbox"/> Prise en charge en Belgique Autres : .....
--------------------------------	--

<b>Technique de prise en charge</b>	<input type="checkbox"/> PECS <input type="checkbox"/> ABA <input type="checkbox"/> TEACCH <input type="checkbox"/> Packing <input type="checkbox"/> Psychanalyse <input type="checkbox"/> Ne sait pas Autres : .....
-------------------------------------	--

<b>Coût de la prise en charge</b>	Par mois : .....
-----------------------------------	------------------

<b>Scolarisation</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, AVS : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non CLIS/UPI : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Classe ordinaire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autres : .....
----------------------	--	--

<b>Suivi (para)médical</b>	Psychiatre Psychologue Orthophoniste Psychomotricien	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
----------------------------	---	--

<b>Droits</b>	Carte Handicap % : ..... Allocation Catégorie : .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---------------	--	--

Etes-vous satisfaits en tant que parents par sa prise en charge ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Vous sentez-vous compris et aidés par les professionnels ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Vous sentez-vous compris et aidés par votre entourage ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Vous estimez-vous suffisamment informé sur la maladie, le handicap de votre enfant ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Vous estimez-vous suffisamment informé sur la prise en charge la plus adaptée pour lui permettre de progresser ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**Qu'est ce qui est le plus dur au quotidien avec votre enfant ?**

.....

.....

.....

.....

.....

**A REMPLIR ET RENVOYER PAR MAIL – FAX OU COURRIER**

**Association LEA POUR SAMY**

**Action Internationale Contre l'Autisme**

51 rue Léon Frot 75011 Paris - Tel : 01.47.00.47.83 – Fax : 01.43.73.64.49

www.leapoursamy.com - leapoursamy@wanadoo.fr