



# Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH



N° 13788\*01

## A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'épouse ou nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin

Nationalité :  Française  EEE ou Suisse  Autre

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :

Le n° : \_\_\_\_\_

Dans quel département? \_\_\_\_\_

## A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : \_\_\_\_\_

## A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

|                        | Mère  | Père  |
|------------------------|-------|-------|
| Nom :                  | _____ | _____ |
| Prénom :               | _____ | _____ |
| N° et Rue :            | _____ | _____ |
| Complément d'adresse : | _____ | _____ |
| Code postal :          | _____ | _____ |
| Commune :              | _____ | _____ |
| Téléphone :            | _____ | _____ |
| Fax :                  | _____ | _____ |
| Adresse électronique : | _____ | _____ |

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH



|  | Vous                         | Vous                      | Vous                      | Vous                      |
|--|------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
|  | Vous                         |                           | Votre conjoint(e)         |                           |
| <input type="radio"/> <b>Stagiaire</b> de la formation professionnelle | depuis le :                  |                           | depuis le :               |                           |
| Le stage est-il rémunéré ?   | <input type="radio"/> Oui    | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Nom de votre employeur :   | _____                        |                           | _____                     |                           |
| ou organisme de formation  | _____                        |                           | _____                     |                           |
| Adresse de votre employeur :   | N° et Rue : _____            |                           | _____                     |                           |
| ou organisme de formation  | Complément d'adresse : _____ |                           | _____                     |                           |
|  | Code postal : _____          |                           | _____                     |                           |
|  | Commune : _____              |                           | _____                     |                           |
| Téléphone de votre employeur :   | _____                        |                           | _____                     |                           |
| ou organisme de formation  | _____                        |                           | _____                     |                           |
| <input type="radio"/> <b>Non salarié(e)</b>                            | depuis le :                  |                           | depuis le :               |                           |
| y compris exploitant agricole, prof. Libérale                          | _____                        |                           | _____                     |                           |
| Précisez à quel régime vous cotisez :                                  | _____                        |                           | _____                     |                           |
| <input type="radio"/> <b>Inscrit(e) comme demandeur d'emploi</b>       | depuis le :                  |                           | depuis le :               |                           |
|  | _____                        |                           | _____                     |                           |
| Indemnisé(e) depuis le :   | _____                        |                           | _____                     |                           |
| Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?                      | <input type="radio"/> Oui    | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> <b>Retraité(e)</b>                               | depuis le :                  |                           | depuis le :               |                           |
| Recevez-vous l'Allocation  | _____                        |                           | _____                     |                           |
| Supplémentaire Personne Agée ?   | <input type="radio"/> Oui    | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Avez-vous demandé une pension de retraite ?                            | <input type="radio"/> Oui    | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> <b>Bénéficiaire d'une pension</b>                | depuis le :                  |                           | depuis le :               |                           |
| Catégorie de la pension d'invalidité :                                 | <input type="radio"/> 1      | <input type="radio"/> 2   | <input type="radio"/> 3   | <input type="radio"/> 1   |
| Rente accident du travail :  | <input type="radio"/> Oui    | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Recevez-vous l'Allocation  | _____                        |                           | _____                     |                           |
| Supplémentaire d'Invalidité ?  | <input type="radio"/> Oui    | <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> <b>Autre</b>                                     | depuis le :                  |                           | depuis le :               |                           |
| (Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)        | _____                        |                           | _____                     |                           |
| Précisez :   | _____                        |                           | _____                     |                           |

### A8 - Autre situation de la personne concernée

- Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social
- Vous êtes hospitalisé(e)
- Autres cas, précisez : \_\_\_\_\_
- Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_
- Adresse de l'établissement : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_
- Complément d'adresse : \_\_\_\_\_
- Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

### A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

- Locataire, sous-locataire ou co-locataire
- Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)
- Propriétaire ou accédant à la propriété
- Autres, précisez : \_\_\_\_\_



**C - Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et son complément**

Votre enfant est-il en internat ?  Oui  Non Depuis le :

Types d'accueil (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte garderie ...)

Types de scolarisation, de formation et de soins (école, collège, lycée, enseignement supérieur, établissement et service médico social ou sanitaire ...)

Si votre 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

**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

**Frais supplémentaires liés au handicap**

Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou para-médicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèses et autres).

| NATURE DES FRAIS | COUTS                 |                  |                      | PÉRIODICITÉ                         |
|------------------|-----------------------|------------------|----------------------|-------------------------------------|
|                  | Financiers sollicités | Montants Obtenus | Reste à votre charge | Semaine, mois, année, occasionnelle |
|                  |                       |                  |                      |                                     |
|                  |                       |                  |                      |                                     |
|                  |                       |                  |                      |                                     |
|                  |                       |                  |                      |                                     |
| TOTAL            |                       |                  |                      |                                     |

**D - Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social**

Cette demande sera systématiquement évaluée avec vous et au regard de vos attentes et besoins exprimés au paragraphe B. Précisez éventuellement votre demande d'aide à la scolarisation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous une préférence pour un établissement ou un service ? Précisez :

Nom : \_\_\_\_\_

Code postal :       Commune : \_\_\_\_\_

**E - Demande de cartes**

- Carte d'invalidité ou de priorité
- Carte d'invalidité avec mention besoin d'accompagnement
- Carte européenne de stationnement

**F - Demande de prestation de compensation**

- Prestation de Compensation - PCH

Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AEEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)

- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP
- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - l'APA ?  Oui  Non

**Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :**

- Aide humaine

Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Aide technique, matériel ou équipement

Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Aménagement du logement / Déménagement

Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Aménagement du véhicule / surcoût du transport

Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Charges spécifiques / exceptionnelles

Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Aide animalière

Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Commune : \_\_\_\_\_

Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Lien de parenté : \_\_\_\_\_

La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

**H - Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources**

- Allocation aux Adultes Handicapés - AAH  Complément de ressources

Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez reçu :

un revenu d'activité

du :  au :

un revenu issu d'une activité en ESAT

du :  au :

des indemnités journalières de la Sécurité sociale

du :  au :

En cas de doute, précisez la nature du revenu :

\_\_\_\_\_

**I - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle**

- Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH
- Prime de reclassement
- Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B)
- Orientation / Reclassement :  Formation
- Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)
- Milieu protégé (ESAT)

**J - Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes**

**Quelle est votre situation** actuelle ? Vous bénéficiez de :

Un accueil de jour - précisez : \_\_\_\_\_

Un hébergement de nuit - précisez : \_\_\_\_\_

Un hébergement permanent - précisez : \_\_\_\_\_

Un accompagnement - précisez : \_\_\_\_\_

Autres (accueils temporaires ...) - précisez : \_\_\_\_\_

**Quelle orientation souhaitez- vous ?**

Un accueil de jour (CAJ, ...)

Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ...)

Un hébergement permanent (maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé)

Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé - SAMSAH ...)

Autres (accueil temporaire ...)

**Date d'entrée souhaitée :**

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ? Précisez lequel :

Nom : \_\_\_\_\_

Code postal :  Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone :

## K - Procédure simplifiée

Qu'est-ce que la procédure simplifiée ?

Toute demande fera l'objet d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits, une formation restreinte de la CDAPH peut statuer en votre absence dans les cas suivants :

- ▶ le renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont vous bénéficiez si votre handicap et / ou votre situation n'ont pas évolué de façon significative ;
- ▶ la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- ▶ l'attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention «priorité pour personne handicapée» ;
- ▶ la reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapée ;
- ▶ les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.

Pour ces cas là, souhaitez-vous bénéficier d'une procédure simplifiée ?  Oui  Non

## L - Pièces à joindre à votre demande

Pour toute demande merci de bien vouloir joindre :

- Un certificat médical daté de moins de 3 mois
- 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 adultes)
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : | | | | | | | | | |

Signature :  de la personne concernée

de son représentant légal

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

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 rectifications 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.

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH





« Nous sommes là pour vous aider ! »

# NOTICE EXPLICATIVE

## DU FORMULAIRE DE DEMANDE(S)

auprès de

## LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)

### Présentation du formulaire de demande(s)

Ce document, utilisable pour exprimer un grand nombre de demandes précises, vous permet de formuler vos attentes et vos besoins en lien avec votre situation de handicap ou celle de votre enfant :

- pour une première demande
- pour un réexamen si la situation a évolué
- pour un renouvellement, de préférence 6 mois avant la date d'échéance afin d'éviter une rupture de droit.

Les sigles utilisés dans ce formulaire sont développés dans le glossaire figurant au dos de cette notice. Par ailleurs, n'hésitez pas, pour compléter ce formulaire, à faire appel aux services de votre MDPH qui seront en mesure de vous informer sur les différentes prestations.

Pour remplir ce formulaire, merci d'écrire en LETTRES MAJUSCULES et de cocher les cases nécessaires. Veillez à bien indiquer en haut de chaque page les nom et prénom de la personne concernée.

**Un dossier bien rempli et complet facilitera le traitement de votre demande.**

**Ce formulaire, accompagné des pièces justificatives, est à retourner rempli à l'adresse suivante :**

MDPH 99  
Quartier xxxx – Bâtiment xxx – étage  
99999 rue de  
99 000 AAAAAAAAAAAAAA

**Horaires d'ouverture de la MDPH :**

|                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| Lundi à vendredi : | 10 H 00 à 17 H 00 |
| Samedi :           | 10 H 00 à 12 H 00 |

**Plan d'accès :**



## Explications utiles pour remplir les rubriques A à A9

Les rubriques A à A4 sont obligatoires.

Si vous faites uniquement une demande de cartes, vous n'avez pas besoin de remplir les rubriques de A5 à A9.

### Rubrique A2 : « Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande »

Correspond au lieu de vie habituel de la personne (domicile ou établissement).

### Rubrique A4 : « Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant) »

Le représentant légal (tuteur et curateur) pour les adultes sous protection juridique est désigné par le juge des tutelles.

### Rubrique A5 : « Identification de l'organisme payeur de prestations familiales »

Cette information permet d'identifier l'organisme qui versera l'AAH ou l'AEEH.

### Rubrique A6 : « Situation familiale de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande »

« Conjoint » dans la formule « Si vous êtes en couple, précisez l'identité du conjoint », désigne la personne avec qui vous êtes marié ou non marié (pacs, concubinage, vie maritale).

### Rubrique A7 : « Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant »

Si vous êtes salarié (y compris en apprentissage) ou stagiaire, n'oubliez pas d'indiquer le nom et adresse de l'employeur ou de l'organisme de formation.

## Rubrique B : « Expression des attentes et besoins de la personne concernée – (projet de vie) »

Rappel : n'hésitez pas, pour rédiger cette rubrique, à faire appel aux services de votre MDPH.

## Rubrique C : « Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé et son complément »

L'AEEH et le cas échéant son complément peuvent être versés au parent ou à la personne qui s'occupe d'un enfant de moins de 20 ans en situation de handicap.

L'allocation de base peut être augmentée d'un complément en fonction des besoins évalués par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

À noter : Vous pouvez également demander pour votre enfant la PCH (rubrique F). Après évaluation de la situation et des besoins de votre enfant, la MDPH vous communiquera un plan personnalisé de compensation qui précisera, si vous avez demandé la PCH et que vous y avez droit, les montants respectifs de chacune des deux prestations. Vous pourrez alors choisir sur cette base, celle qui vous convient le mieux.

## Rubrique D : « Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social »

Le parcours de scolarisation et/ou de formation de l'enfant ou du jeune adulte en situation de handicap peut être mis en œuvre dans un établissement scolaire, dans un établissement ou service médico-social, dans un établissement sanitaire (cf. liste en page 4).

Le parcours s'organise alors totalement, partiellement ou en alternance sur ces types d'établissements.

C'est dans cette rubrique que vous pouvez indiquer vos demandes d'aménagement scolaire, de matériel pédagogique, transports scolaires, auxiliaire de vie scolaire...

## Rubrique E : « Demande de cartes »

La mention « besoin d'accompagnement » peut être portée sur la carte d'invalidité pour :

- un enfant ayant droit au complément d'AEEH
- un adulte bénéficiaire d'une PCH « Aide Humaine » ou d'une ACTP ou d'une MTP ou d'une APA

### **Rubrique F : « Demande de prestation de compensation »**

Cette demande permet l'examen des besoins de compensation des conséquences du handicap :

- Aides humaines - exemples : prise des repas, aide à la toilette...
- Aides techniques - exemples : fauteuil roulant, télé agrandisseur, prothèses auditives...
- Aménagement du logement - exemples : transformation d'une baignoire en douche, plate-forme élévatrice, élargissement de porte, flash lumineux  
Pour le déménagement - exemple : participation aux frais de déménagement pour un logement mieux adapté si les travaux dans le logement actuel sont trop coûteux ou impossibles...
- Aménagement du véhicule - exemple : adaptation du poste de conduite
- Surcoûts liés aux transports
- Charges spécifiques ou exceptionnelles - exemples : protections pour incontinence, réparation matériel...
- Aide animalière - exemple : frais d'entretien pour un chien d'assistance éduqué...

#### **Droit d'option**

Si vous êtes bénéficiaire de l'Allocation Compensatrice (ACTP ou ACFP), vous pouvez demander la PCH. Un comparatif de vos droits sera établi par la Maison départementale et vous pourrez choisir, sur cette base :

- soit de conserver votre allocation compensatrice
- soit d'opter pour la PCH, si votre situation vous permet d'en bénéficier

Si vous n'exprimez aucun choix, vous serez présumé vouloir bénéficier de la PCH.

Attention : le choix pour la PCH est définitif

### **Rubrique G : « Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse »**

L'aidant familial qui peut être affilié est une personne qui s'occupe de façon permanente de la personne adulte handicapée vivant à domicile. Il doit avoir un lien de parenté avec la personne handicapée ou avec le conjoint de celle-ci (qu'ils soient mariés ou non).

### **Rubrique H : « Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et son complément de ressources »**

Vous pouvez demander à la fois l'AAH et le complément de ressources.

Les indications concernant les revenus permettent à l'organisme de prestations familiales d'étudier vos droits.

### **Rubrique I : « Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle »**

Cette rubrique permet la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé et l'orientation professionnelle vers :

- le marché du travail (accompagnement par le Service Public de l'Emploi et Cap Emploi)
- le milieu protégé – ESAT
- une formation en CRP qui peut, éventuellement, ouvrir droit à une prime de reclassement

### **Rubrique K : « Procédure simplifiée »**

Si vous souhaitez être reçu par la CDAPH, cochez « NON » à la rubrique « souhaitez vous bénéficier d'une procédure simplifiée ».

### **Rubrique L : « Pièces à joindre à votre demande »**

Joignez à ce formulaire l'ensemble des pièces demandées pour faciliter le traitement de votre dossier, notamment le certificat médical sous pli cacheté.

**Merci de dater et signer votre demande en page 8 du formulaire**

**GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES DANS LE FORMULAIRE**

| <b>SIGLES</b>       | <b>SIGNIFICATION</b>  |
|---------------------|---|
| <b>AAH</b>          | Allocation Adultes Handicapés                                     |
| <b>AC</b>           | Allocation Compensatrice  |
| <b>ACFP</b>         | Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels                |
| <b>ACTP</b>         | Allocation Compensatrice pour Tierce Personne                     |
| <b>AEEH</b>         | Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé                    |
| <b>APA</b>          | Allocation Personnalisée d'Autonomie                              |
| <b>ASS</b>          | Allocation de Solidarité Spécifique                               |
| <b>CAF</b>          | Caisse d'Allocations Familiales.                                  |
| <b>CDA ou CDAPH</b> | Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées |
| <b>CRP</b>          | Centre de Reclassement Professionnel                              |
| <b>EEE</b>          | Espace Économique Européen  |
| <b>MDPH</b>         | Maison Départementale des Personnes Handicapées                   |
| <b>MSA</b>          | Mutualité Sociale Agricole  |
| <b>MTP</b>          | Majoration Tierce Personne  |
| <b>PACS</b>         | Pacte Civil de Solidarité   |
| <b>PC ou PCH</b>    | Prestation de Compensation du Handicap                            |
| <b>RMI</b>          | Revenu Minimum d'Insertion  |
| <b>RQTH</b>         | Reconnaissance de la Qualité Travailleur Handicapé.               |

**Établissements et Services médico-sociaux, Établissements sanitaires et Établissements scolaires**

|                |  |
|----------------|--|
| <b>CAJ</b>     | Centre d'Accueil de Jour   |
| <b>CAMPS</b>   | Centre d'Action Médico-Social Précoce  |
| <b>CATTP</b>   | Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel   |
| <b>CLIS</b>    | CLasse d'Intégration Scolaire  |
| <b>CMP</b>     | Centre Médico-Psychologique  |
| <b>CMPP</b>    | Centre Médico-Psycho-Pédagogique   |
| <b>CPO</b>     | Centre de PréOrientation   |
| <b>CRP</b>     | Centre de Rééducation Professionnelle  |
| <b>EMP</b>     | Externat Médico-Pédagogique  |
| <b>ESAT</b>    | Établissements et Services d'Aide par le Travail   |
| <b>ESAT SA</b> | Établissements et Services d'Aide par le Travail - Sections annexes                      |
| <b>FAM</b>     | Foyer d'accueil médicalisé<br>Foyer de vie<br>Foyer occupationnel<br>Foyer d'hébergement |
| <b>GEM</b>     | Groupes d'Entraide Mutuelle<br><br>Hôpital de jour                                       |
| <b>IEM</b>     | Institut d'Education Motrice   |
| <b>IES</b>     | Institut d'Education Sensorielle   |
| <b>IME</b>     | Institut Médico Educatif   |
| <b>ITEP</b>    | Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique  |
| <b>MAS</b>     | Maison d'Accueil Spécialisée<br><br>Pouponnière spécialisée                              |
| <b>SAAAIS</b>  | Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire                |
| <b>SAFEP</b>   | Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce                                 |
| <b>SAMSAH</b>  | Service d'Accompagnement Médico Social pour personnes Adultes Handicapées                |
| <b>SAVS</b>    | Service d'Accompagnement à la Vie Sociale  |
| <b>SESSAD</b>  | Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile                                      |
| <b>SSAD</b>    | Service de Soins et d'Aide à Domicile  |
| <b>SSEFIS</b>  | Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire                   |
| <b>UPI</b>     | Unité pédagogique d'intégration  |

Confidentiel

# Certificat médical

Destiné à être joint à une demande auprès  
de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Nom de naissance .....

Nom d'épouse .....

Prénom ..... Date de naissance ...../...../.....

Adresse .....

N° d'immatriculation sécurité sociale .....

N° de dossier auprès de la MDPH (si connu) .....

➡ Vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient lors d'une précédente demande auprès de la MDPH (ou des dispositifs antérieurs, COTOREP ou CDES)  
et  
Il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap\* de votre patient depuis le dernier certificat que vous avez établi :

## Vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du ....., il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap de M.....

A ..... le ..... Cachet

Signature du médecin

## ➡ Dans les autres cas : Veuillez compléter le certificat médical suivant

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés :

### Joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs.

Vous pouvez alors simplement faire référence à ces documents dans les rubriques concernées.

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre à votre patient, pour qu'ils les joignent, sous pli confidentiel, à son dossier de demande auprès de la MDPH.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a besoin que vous lui apportiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel. Ce médecin reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

\* «*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.114 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)

Pathologie principale à l'origine du handicap

Code CIM

Pathologies autres

**Histoire de la (des) pathologie(s) invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande auprès de la MDPH**

**Date de début des troubles** - origine, circonstance d'apparition - antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap - poids de naissance **pour les enfants** - bilan initial, facteur de gravité, évolutivité...

Accident du travail       Maladie professionnelle       compte(s) rendu(s) joint(s) (*préciser*)

**Description clinique actuelle**, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur ...

Poids ..... Taille ..... latéralité dominante avant handicap.....  compte(s) rendu(s) joint(s) (*préciser*)

**Perspective d'évolution**

Stabilité       Aggravation       Incapacité fluctuante (*préciser, si nécessaire, la fréquence des poussées*)  
 Risque vital       Amélioration (*préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles*)       non définie

**En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif** : Joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal

Observations :

**En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif** : Joindre le compte rendu type rempli par un ophtalmologiste

Observations :



**Retentissement sur la sécurité** : gestion des situations à risque, Capacité de discerner les dangers, mise en danger...

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :  non  oui (précisez)

**Entretien personnel** : toilette, habillement, continence, alimentation...

A : sans difficulté B : difficilement ou avec aide technique  
C : aide humaine partielle D : aide humaine totale

|   | A                        | B                        | C                        | D                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Faire sa toilette                                     | <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"/> |
| Manger et boire des aliments préparés                 | <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"/> |
| assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Vie quotidienne et vie domestique** : travaux ménagers, course, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches...

**Retentissement sur la vie sociale et familiale** (si besoin)

**Retentissement sur la scolarité** (si en âge scolaire) :

non  oui (préciser)

**Retentissement sur l'emploi** (si besoin)

Avis du médecin du travail joint

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi :  non  oui (préciser)

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation :  non  oui (préciser)  
Dans les deux cas précisez les restrictions d'aptitudes éventuelles, les aménagements de poste et/ou accompagnements souhaitables ...

**Préconisations** : Prise en charge médico-sociale, aide humaine, aide technique, aménagements... (Si besoin)

**Observations** (Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne)

**Certificat médical établi par :**

A ..... le ..... Cachet (obligatoire)  
Signature du médecin



# 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)

**Votre patient vous a demandé de remplir un certificat médical à l'appui de la demande qu'il souhaite formuler auprès de la MDPH.**

Vous trouverez ci-dessous des indications pour renseigner au mieux ce document obligatoire destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Il est essentiel pour permettre à celle-ci d'engager une évaluation adaptée des besoins de compensation de la personne handicapée. C'est cette évaluation de l'ensemble de sa situation qui permettra à l'équipe pluridisciplinaire de faire des propositions de réponses appropriées. La Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes handicapées (CDAPH) sera alors en mesure d'attribuer des prestations (allocation adulte handicapé : AAH, allocation d'éducation pour enfant handicapé : AEEH, carte d'invalidité ou de priorité, prestation de compensation du handicap : PCH ...) ou de prendre des décisions d'orientation (vers le milieu du travail adapté, un accompagnement ou un hébergement médico-social...). **VOUS AVEZ LA POSSIBILITE DE JOINDRE DES DOCUMENTS, COMPTES RENDUS**, qui vous éviteront de recopier des informations déjà disponibles par ailleurs : n'hésitez pas !

**VOTRE PATIENT DEVRA ADRESSER L'ENSEMBLE DE CES DOCUMENTS SOUS PLI CONFIDENTIEL AU MEDECIN DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DE LA MDPH**

## LA NOUVELLE DEFINITION LEGALE DU HANDICAP

La loi du 11 février 2005 a introduit dans le Code de l'action sociale et des familles cette définition, reproduite en première page du certificat médical, qui tient compte des dernières avancées de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de description du handicap.

Le handicap doit donc désormais être appréhendé comme les conséquences des déficiences (altérations de fonctions du corps ou de fonctions supérieures) dans la vie quotidienne et sociale de la personne, et non seulement ces altérations elles-mêmes. C'est pour cette raison que, si les éléments strictement médicaux de la situation de la personne sont essentiels pour comprendre ses difficultés, leur évolutivité, leur gravité, bien d'autres éléments, notamment environnementaux, sont à prendre en considération pour apprécier sa situation globale de handicap de façon pertinente.

Il vous est donc demandé, en tant que médecin, d'apporter non seulement des éléments concernant le diagnostic de la ou des affections dont est atteint votre patient, mais également un éclairage sur les éléments dont vous avez connaissance et qui représentent des obstacles ou des facilitateurs dans sa vie quotidienne, familiale, sociale et le cas échéant scolaire ou professionnelle.

### Rubrique « identification »

Les N° d'immatriculation sécurité sociale et N° de dossier auprès de la MDPH sont à renseigner s'ils vous sont connus car ils constituent des éléments susceptibles de faciliter le parcours du dossier.

### Rubrique « certificat médical simplifié » :

Vous ne pouvez utiliser cette rubrique **que si vous avez déjà rempli un certificat médical pour personne handicapée pour votre patient** et que, depuis ce dernier, les atteintes de son état de santé **et leurs retentissements fonctionnels déjà décrits n'ont pas évolué**. Tout éclairage nouveau de sa situation est le bienvenu, ne pas le signaler serait susceptible d'empêcher l'accès à un nouveau droit pour votre patient.

### Rubriques concernant la pathologie, son évolution et sa description clinique

Ces rubriques doivent vous permettre de décrire les éléments de la pathologie de votre patient qui retentissent de façon notable sur sa situation de handicap. Pour les jeunes enfants, tous les éléments éventuellement en rapport avec **la grossesse, l'accouchement, le poids de naissance, la prématurité...** sont à mentionner ici. Les antécédents sont à préciser s'ils sont en rapport avec le handicap ou de nature à influencer sur l'ensemble de la situation de la personne. Il est très important de préciser les symptômes associés comme la douleur, l'asthénie, les retentissements psychiques, qui pourront être pris en compte dans l'évaluation de la situation de handicap et des besoins de la personne. Pour les pathologies psychiatriques en particulier, il est important également, au delà du diagnostic, de décrire la symptomatologie qui peut en elle-même avoir un retentissement sur la situation globale de la personne.

**Si vous connaissez le code de la pathologie dans la Classification Internationale des Maladies (CIM), vous pouvez l'indiquer mais ce n'est pas une obligation.**

### **Rubriques concernant les atteintes auditives et visuelles**

Une description par un spécialiste est obligatoire pour ces deux champs, lorsqu'ils sont atteints :

En cas d'atteinte auditive, les audiogrammes - non seulement l'audiogramme tonal mais également l'audiogramme vocal - seront essentiels pour préciser les retentissements des atteintes pour la personne.

En cas d'atteinte visuelle, le **modèle annexe de certificat** sera à remplir par un ophtalmologiste et joint au certificat principal.

### **Rubrique concernant les traitements**

Cette rubrique vise à décrire principalement les conséquences des traitements sur la vie de la personne. Pour les maladies viscérales notamment, c'est parfois le retentissement du traitement lui-même qui constitue le principal obstacle à une vie « normale » pour la personne et est ainsi constitutif des restrictions d'activités qu'elle vit au quotidien. Les différents items de cette rubrique visent à vous aider à décrire tous ces aspects des traitements, n'hésitez pas à les commenter

### **Rubriques concernant les retentissements fonctionnels et/ou relationnels**

Ces différentes rubriques cherchent à décrire uniquement les **conséquences** de l'état de santé d'une personne sur ses activités habituelles et sa participation à la vie sociale. En tant que médecin, vous n'avez pas obligatoirement l'intégralité des informations pertinentes sur ces domaines. Toutefois, les informations dont vous disposez éventuellement sont essentielles à une prise en compte globale des besoins de la personne et des domaines dans lesquels il sera pertinent que l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH propose des éléments de compensation.

Plusieurs domaines dans lesquels des retentissements peuvent être constatés vous sont proposés. Quelques mots de description de ces domaines sont cités à titre d'exemples non limitatifs, constituant une sorte d'aide mémoire pour vous aider à les balayer le plus largement possible. 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. Vous disposez également de cases à cocher à la droite de chacun de ces domaines, permettant d'indiquer succinctement les retentissements les plus courants.

N'oubliez pas de préciser les impacts des pathologies sur la communication et les aspects relationnels : en effet, ces éléments sont souvent ceux qui sont les plus difficiles à évaluer et toute indication quant à leur existence sera la bienvenue pour l'équipe pluridisciplinaire qui sera ainsi en mesure d'approfondir ces questions si nécessaire.

### **Vos préconisations et observations**

Comme praticien de terrain au plus près de la situation de votre patient, vous avez un avis ou des remarques sur les mesures utiles à améliorer sa situation : n'hésitez pas à en faire part à l'équipe pluridisciplinaire qui pourra ainsi mieux personnaliser les réponses à construire dans chaque situation.

### **Votre signature et votre identification**

Elles sont essentielles pour attester de la validité du certificat qui va être adressé à l'équipe pluridisciplinaire comme pièce réglementaire de la demande. Il a souvent été constaté par le passé que les documents étaient surchargés par le patient lui-même, ou que le nom du praticien étant illisible, le certificat était de ce fait non valable. Par ailleurs, les fraudes sont passibles de poursuites. Merci de veiller à apposer votre cachet de façon lisible. De plus, si votre patient ne s'y oppose pas, cela permettra éventuellement au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de reprendre contact avec vous en cas de besoin.

**Veillez à rappeler à votre patient qu'il lui revient de transmettre le certificat et ses pièces jointes sous pli confidentiel à l'attention du médecin de l'équipe pluridisciplinaire.**

**MERCI DE VOTRE CONTRIBUTION A UNE MEILLEURE COMPENSATION**

**DU HANDICAP DE VOTRE PATIENT**