

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR L'ATTRIBUTION DE L'AAEH

<b>Nom et prénom de votre enfant</b>	<b>Sa date de naissance</b>
--------------------------------------	-----------------------------

L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé est une prestation familiale versée à la personne assumant la charge effective et permanente d'un enfant handicapé. Elle est destinée à compenser les frais ou surcoûts liés au handicap de l'enfant.

En renseignant le formulaire de demande MDPH, vous avez demandé l'AAEH :

- OUI**  Nous vous remercions de bien vouloir compléter le plus précisément possible ce questionnaire. Il est destiné à faciliter l'étude des besoins et des droits de votre enfant.
- NON**  Merci de nous renvoyer ce document **simplement daté et signé.**

Nom et adresse du représentant légal	Vos numéros de téléphones fixe et portable
Organisme payeur de prestations familiales  <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> autres précisez .....	Votre numéro d'allocataire

### ① SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARENTS

**Madame**

**Monsieur**

Date de naissance Profession	Date de naissance Profession
---------------------------------	---------------------------------

**Vous travaillez à temps plein**   

**Vous travaillez à temps plein**   

**Vous travaillez à temps partiel, précisez ci-dessous le pourcentage**

%	%
---	---

**Vous ne travaillez pas**

*Cochez la case correspondant à votre situation*

**Vous ne travaillez pas**

*Cochez la case correspondant à votre situation*

Congé parental jusqu'au :

Congé parental jusqu'au :

Chômage

Chômage

Arrêt temporaire : maladie, maternité, accident du travail

Arrêt temporaire : maladie, maternité, accident du travail

Autres cas – précisez en clair :

Autres cas – précisez en clair :

.....  
.....

.....  
.....

## ② EMPLOI D'UNE TIERCE PERSONNE ET DURÉE DE SON ACTIVITÉ

Lorsque vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, associé ou substitué à une réduction de votre activité professionnelle et motivé par la situation de votre enfant, vous pouvez également avoir droit à l'un des compléments d'allocation.

**Joignez SVP les justificatifs : contrat de travail, fiche de paye, déclaration URSSAF, ou autres.**

Nombre d'heures par semaine

8 H

20 H

Autre  Nombre d'heures

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an

## ③ FRAIS SUPPLÉMENTAIRES LIÉS AU HANDICAP DE L'ENFANT



**IMPORTANT : les factures ou devis doivent être joints. Sans ces derniers, aucun complément pour frais ne pourra être attribué.**

## ④ INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE ENFANT

Type de scolarisation ou formation :

Etablissement :

Classe :

.....

Temps de présence dans cet établissement : ..... heures/jours/semaine

Si votre enfant est placé en internat, précisez, ci-dessous, le nombre de nuits par semaine :

..... nuits par semaine

Votre enfant bénéficie-t-il d'un accompagnement SESSAD, CAMSP, CMP, autres ? Précisez les soins dispensés et leur fréquence :

.....

.....

Rééducations en libéral : précisez les soins dispensés et leur fréquence :

.....

.....



**En cas de changement pouvant entraîner une prise en compte dans le calcul de l'AEEH (frais, situation professionnelle, admission en internat...), merci de le signaler à la MDPH par courrier.**

**Ces renseignements sont certifiés exacts**

*Il vous est rappelé qu'une fausse déclaration peut entraîner des poursuites*

**Date :**

**Signature(s)**