



Formulaire complémentaire de Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) et son complément

Attention : ce formulaire ne doit être utilisé que pour compléter un dossier déjà déposé à la MDPH et en cours d'évaluation

A - Identification de la personne (enfant ou adulte) concernée par la demande

Nom de naissance : Prénom (s)

Date de naissance : N° de dossier MDPH :

Numéro d'allocataire : () CAF () MSA () Autre

Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) 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 ...)

Durée horaire : _____ heures par semaine.

Type de scolarisation, de formation (école, collège, lycée, enseignement supérieur)

Durée horaire : _____ heures par semaine.

Type de parcours de soins (nature, fréquence, durée, nom d'établissement ou service médico social, ou sanitaire) :

Durée horaire : _____ heures par semaine.

Si votre enfant est en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie, l'Etat 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

Précisez le temps de travail : Mère : _____ % Père : _____ %

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

Noubliez pas de compléter et de signer au dos



Frais supplémentaires liés au handicap

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

NATURE DES FRAIS	COUTS			PERIODICITE Semaine, mois, année, occasionelle
	Financeurs Sollicités	Montants Obtenus	Reste à votre charge	
	TOTAL			

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 rectification 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.