

FICHE DE LIAISON DISPOSITIF ITEP

Cette fiche de liaison est destinée à informer l'ensemble des partenaires (MDPH, CAF, EN...) des changements de modalités d'accompagnement et de scolarisation des enfants accueillis dans le cadre d'une orientation « dispositif ITEP » ; et des conséquences éventuelles de ces modifications sur les aides perçues par la famille (AEEH, PCH). Elle regroupe les **informations minimales obligatoires** à transmettre pour un fonctionnement fluide du dispositif ITEP.

Chaque région pilote peut y ajouter des informations ou des modalités de transmission complémentaires en fonction des besoins identifiés.

Jeune concerné (Nom, Prénom, date de naissance) :

Date de la décision CDAPH (orientation en dispositif « ITEP »):

Date d'entrée dans le dispositif:

Etablissement accueillant le jeune :

Référent du jeune à l'ITEP (nom et coordonnées):

Enseignant référent (nom et coordonnées) :

Cocher les items concernés – A transmettre à la MDPH et à l'enseignant référent (bien que l'enseignant référent ait déjà logiquement l'information sur la scolarisation)



REVISION DU PPA DANS LE CADRE DU DISPOSITIF ITEP (La Fiche de liaison suffit, suite de parcours)



REVISION DES MODALITES DE SCOLARISATION (quand nécessité de nouveau dossier)

Rappels des axes d'accompagnement du PPA initial (éducatif, thérapeutique et pédagogique):

Accompagnement médico-social	Préciser si le temps d'accompagnement s'effectue à Temps Plein (TPl) ou partiel (TPa)	Mode de scolarisation	Inscrire si le temps de scolarisation dans la modalité est Plein, Partiel, ou Partagé	Classe et lieu de scolarisation (nom de l'école)	Accompagnement à la scolarisation (le cas échéant)
<input type="checkbox"/> SESSAD	Nombre d'heures par semaine :	<input type="checkbox"/> Unité d'enseignement			<input type="checkbox"/> AVS individuel*
<input type="checkbox"/> Externat ITEP	<input type="checkbox"/> Tpl <input type="checkbox"/> TPa	<input type="checkbox"/> Classe ordinaire			<input type="checkbox"/> AVS mutualisé*
<input type="checkbox"/> Internat ITEP	<input type="checkbox"/> Tpl <input type="checkbox"/> TPa	<input type="checkbox"/> SEGPA			<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
<input type="checkbox"/> CAFS ITEP	<input type="checkbox"/> Tpl <input type="checkbox"/> TPa	<input type="checkbox"/> EREA			
<input type="checkbox"/> Semi-internat ITEP	<input type="checkbox"/> Tpl <input type="checkbox"/> TPa	<input type="checkbox"/> ULIS école			
		<input type="checkbox"/> ULIS collège			
		<input type="checkbox"/> ULIS lycée			
		<input type="checkbox"/> scolarisation à domicile (CNED...)			
		<input type="checkbox"/> Absence de scolarisation			
		<input type="checkbox"/> Autre – précisez			

NB : plusieurs réponses possibles en fonction des parcours partagés

Bilans de ces axes d'accompagnement

Demande de l'enfant, du jeune, de la famille et/ou de l'établissement :

Préciser le motif de la révision :

Nouveaux axes d'Accompagnement, après révision :

Accompagnement médico-social	Préciser si le temps d'accompagnement s'effectue à Temps Plein (TPI) ou partiel (TPa)	Mode de scolarisation	Inscrire si le temps de scolarisation dans la modalité est Plein, Partiel, ou Partagé	Classe et lieu de scolarisation (nom de l'école)	Accompagnement à la scolarisation (le cas échéant)
<input type="checkbox"/> SESSAD	Nombre d'heures par semaine :	<input type="checkbox"/> Unité d'enseignement			<input type="checkbox"/> AVS individuel *
<input type="checkbox"/> Externat ITEP	<input type="checkbox"/> Tpl <input type="checkbox"/> TPa	<input type="checkbox"/> Classe ordinaire			<input type="checkbox"/> AVS mutualisé *
<input type="checkbox"/> Internat ITEP	<input type="checkbox"/> Tpl <input type="checkbox"/> TPa	<input type="checkbox"/> SEGPA			<input type="checkbox"/> Autre - précisez:
<input type="checkbox"/> CAFS ITEP	<input type="checkbox"/> Tpl <input type="checkbox"/> TPa	<input type="checkbox"/> EREA			
<input type="checkbox"/> Semi-internat ITEP	<input type="checkbox"/> Tpl <input type="checkbox"/> TPa	<input type="checkbox"/> ULIS école			
		<input type="checkbox"/> ULIS collège			
		<input type="checkbox"/> ULIS lycée			
		<input type="checkbox"/> scolarisation à domicile (CNED...)			
		<input type="checkbox"/> Absence de scolarisation			
		<input type="checkbox"/> Autre – précisez			

NB : plusieurs réponses possibles en fonction des parcours partagés

***AVS individuel ou mutualisé :** cette donnée est indiquée à titre purement indicatif, toute modification / demande d'AVS individuel ou mutualisé devant faire l'objet d'une décision de la CDAPH

Date de mise en œuvre :

Le représentant légal de l'enfant ou du jeune, l'enfant ou le jeune lui-même valident ces nouveaux axes d'accompagnement et de scolarisation et acceptent le changement de modalités d'accueil qui en découle.

Date du document :

Signature du Directeur
de l'établissement

Signature de l'Inspecteur (1^{er} degré)
ou du chef d'établissement (2nd degré)

Signature des parents et/ou
du représentant légal

**INFORMATION PAR L'ITEP DES CHANGEMENTS DE MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT – IMPACT SUR L'AAEH
DESTINATAIRES : MDPH ET CAF/MSA**

Pour l'enfant (Nom, Prénom) :

Né(e) le :

Percevant l'AAEH: Base Complément (préciser lequel) :

N° allocataire CAF ou MSA :

Fiche transmise à la MDPH le :

Fiche transmise à la CAF/CMSA le :

Modalité d'accompagnement antérieure :

- Internat temps plein ou séquentiel - Nombre de nuitées dans le mois :
- CASF - Nombre de nuitées dans le mois :
- Accueil de jour (externat) - Temps horaire effectif de présence dans l'établissement par semaine :
- SESSAD - Temps horaire effectif d'accompagnement par semaine :

Pour les enfants bénéficiant du complément 6, nombre d'heures d'accueil de jour par semaine : _

Nouvelle modalité d'accompagnement mise en œuvre à partir du (DATE) :

- Internat temps plein ou séquentiel - Nombre de nuitées dans le mois :
- CASF - Nombre de nuitées dans le mois :
- Accueil de jour (externat) - Temps horaire effectif de présence dans l'établissement par semaine :
- SESSAD - Temps horaire effectif d'accompagnement par semaine :

Pour les enfants bénéficiant du complément 6, nombre d'heures d'accueil de jour par semaine : _

Date du document :

Signature du Directeur
de l'établissement

Signature de l'Inspecteur (1^{er} degré)
ou du chef d'établissement (2nd degré)

Signature des parents et/ou
du représentant légal

Informations sur l'usage de cette fiche par la CAF et la MDPH

Pour tous les enfants passant d'un hébergement au domicile à un accompagnement avec internat (séquentiel ou non) :

- ⇒ Ce changement de modalité ne donne lieu à aucune réévaluation du montant de l'AAEH par la CDAPH.
- ⇒ La transmission de cette fiche de liaison à la MDPH et à la CAF implique automatiquement **un versement de l'AAEH proratisé au nombre de nuits effectivement passées au domicile.**

Pour tous les enfants passant d'un accompagnement en internat à un hébergement au domicile (accueil de jour ou SESSAD):

Pour les enfants bénéficiant d'un complément de niveau 6 et passant d'un accompagnement SESSAD ou internat à un accompagnement en externat / accueil de jour de plus de 16h par semaine :

- ⇒ Ce changement de modalité **implique nécessairement une réévaluation des droits à l'AAEH** par la MDPH.
- ⇒ La transmission de cette fiche de liaison à la MDPH et à la CAF vaut **saisine de la MDPH** : la MDPH instruit dès réception de cette fiche de liaison la demande de réévaluation de l'AAEH.
- ⇒ Dans l'attente de la notification de la CDAPH et à réception de cette fiche de liaison la **CAF** :
 - **suspend les droits aux compléments de l'AAEH pour tous les enfants qui en bénéficient**
 - **suspend les droits à l'AAEH de base** pour les enfants présentant un taux d'incapacité compris entre 50 et 80%), maintient **les droits à l'AAEH de base** pour les enfants présentant un taux d'incapacité supérieur à 80%),

**INFORMATION PAR L'ITEP DES CHANGEMENTS DE MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT – IMPACT SUR LA PCH
DESTINATAIRES : CONSEIL DEPARTEMENTAL**

Pour l'enfant (Nom, Prénom) :

Né(e) le :

Percevant la PCH (précisions) :

Fiche transmise au CD le :

Modalité d'accompagnement antérieure :

- Internat temps plein ou séquentiel
Nombre de nuitées dans le mois :
- Accueil de jour (externat)
Temps horaire effectif de présence dans l'établissement par semaine :
- SESSAD
Temps horaire effectif d'accompagnement par semaine :

Nouvelle modalité d'accompagnement mise en œuvre à partir du (DATE) :

- Internat temps plein ou séquentiel
Nombre de nuitées dans le mois :
- Accueil de jour (externat)
Temps horaire effectif de présence dans l'établissement par semaine :
- SESSAD
Temps horaire effectif d'accompagnement par semaine :

Date du document :

Signature du Directeur
de l'établissement

Signature de l'Inspecteur (1^{er} degré)
ou du chef d'établissement (2nd degré)

Signature des parents et/ou
du représentant légal