

## Fiche de demande - CapParents Alpysia

Service d'accompagnement à la périnatalité et à la parentalité des personnes en situation de handicap

Cette fiche concerne les demandes pour la Savoie, la Haute-Savoie et l'Isère, à envoyer à: [cap.parents@alpysia.org](mailto:cap.parents@alpysia.org)

PERSONNE QUI CONTACTE CapParents		
NOM Prénom :	Tel :	Mail :
Qualité :		
<input type="checkbox"/> Personne concernée <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Autre : .....		

### LA(LES) PERSONNE(S) CONCERNE(ES) PAR LE BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT

La demande concerne :  Désir/projet d'enfant   
 Grossesse   
 Parentalité   
 Dep :  73  74  38

	Personne concernée 1	Personne concernée 2
Besoin d'accompagnement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
NOM		
PRENOM		
DATE DE NAISSANCE	...../...../.....    AGE :	...../...../.....    AGE :
LIEU DE VIE ET ADRESSE	<input type="checkbox"/> Milieu ordinaire (domicile) <input type="checkbox"/> Etablissement social / médico-social <input type="checkbox"/> Autres : Adresse :	<input type="checkbox"/> Milieu ordinaire (domicile) <input type="checkbox"/> Etablissement social / médico-social <input type="checkbox"/> Autres : Adresse :
TELEPHONE		
MAIL		
PERSONNES RESSOURCES		
PROBLEMATIQUES SPECIFIQUES	Mobilité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Visuelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Auditive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mobilité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Visuelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Auditive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
GROSSESSE	Primipare : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Terme : ...../...../.....	Primipare : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Terme : ...../...../.....
NOMBRE ENFANT(S)/AGE(S)		
SITUATION MATRIMONIALE	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e)/pacsé(e) <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> divorcé(e)/séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve)	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e)/pacsé(e) <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> divorcé(e)/séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve)



	Personne concernée 1	Personne concernée 2
EXERCICE DE L'AUTORITE PARENTALE	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Mesure de protection de l'enfance pour vos enfants : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Mesure de protection de l'enfance pour vos enfants : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
MESURE DE PROTECTION DES MAJEURS DU(DES) PARENT(S)	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle simple <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle simple <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Autre :
<b>HANDICAP(S)</b>		
NOTIFICATION MDPH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Demande en cours	<input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Sensoriel (auditif et visuel) <input type="checkbox"/> Mental/cognitif hors TND <input type="checkbox"/> TND <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Sensoriel (auditif et visuel) <input type="checkbox"/> Mental/cognitif hors TND <input type="checkbox"/> TND <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Aucun
PRECISION SUR LE HANDICAP		

**Présentation de la situation** (*problématiques, accompagnement déjà mis en place, personnes ressources, etc.*)

**Quel(s) besoin(s) d'accompagnement ?** (*Besoins, attentes, etc.*)

**Admission à CapParents (A compléter par CapParents) :**  OUI  NON

*Commentaire : (Si non, pourquoi ? et l'orientation proposée)*

**ALPYSIA (siège)**

ZA Park Nord – Les Pléiades n°21  
Route de la Bouvarde  
74370 EPAGNY – METZ-TESSY  
Tel : 04 57 98 20 20  
contact@alplysia.org

**POLE ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE**

**SESSAD Belluard**  
**SESSAD projet 16/25 ans**  
**Service d'accompagnement à la vie sociale**  
**Epicentre**  
3 avenue du Capitaine Anjot  
CRAN-GEVRIER 74960 ANNECY  
Tel : 04 50 52 04 20 - belluard@alplysia.org

**alplysia.org**

Association à but non lucratif  
reconnue d'intérêt général  
Affiliée à Paralysie Cérébrale France  
reconnue d'utilité publique  
SIREN 776 529 182 - APE 8899B