

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Association Le Petit Victor

À renvoyer par email à : cabinetlepetitvictor@gmail.com

(joindre obligatoirement la facture acquittée et l'attestation du praticien – page 2)

1. Informations concernant l'enfant

- Nom et prénom :
- Date de naissance : / /
- Âge : ans
- Classe actuelle :

2. Informations concernant la famille

- Nom et prénom du parent/tuteur :
- Adresse complète :
-
- Téléphone :
- Email :

3. Type de bilan concerné

- ☐ Bilan psychométrique (tests d'efficiences intellectuelles type WISC, WPPSI, WAIS...)
- ☐ Évaluation neuropsychologique (mémoire, attention, fonctions exécutives, langage, praxies...)
- ☐ Évaluation psychologique clinique (entretien clinique, tests de personnalité, échelles émotionnelles et projectives...)
- ☐ Bilan d'ergothérapie (autonomie, motricité fine, graphomotricité, activités de la vie quotidienne...)
- ☐ Bilan psychomoteur (schéma corporel, tonus, équilibre, coordination, structuration spatio-temporelle...)

4. Détails du bilan

- Date du bilan : / /
- Nom et prénom du praticien :
- Profession :
- Adresse du cabinet :
- Coût total du bilan : €
- Montant payé (facture acquittée) : €

5. Situation de l'enfant

☐ Ne bénéficie d'aucune aide

☐ Dispose déjà d'un accompagnement partiel (cochez ou précisez) :

- ☐ AESH
- ☐ ULIS
- ☐ SESSAD
- ☐ IME
- ☐ PCH
- ☐ AEEH
- ☐ Autre (préciser) :

6. Engagement de la famille

Je certifie l'exactitude des informations fournies et m'engage à utiliser l'aide reçue uniquement pour le remboursement du bilan de mon enfant.

Fait à :

Le : / /

Signature du parent/tuteur :

.....

ATTESTATION DU PRATICIEN

(à compléter, dater et signer par le professionnel ayant réalisé le bilan)

Je soussigné(e) Dr/Mme/M.,
atteste sur l'honneur avoir réalisé le :

- ☐ Bilan psychométrique (tests d'efficiency intellectuelle type WISC, WPPSI, WAIS...)
- ☐ Évaluation neuropsychologique (mémoire, attention, fonctions exécutives, langage, praxies...)
- ☐ Évaluation psychologique clinique (entretien clinique, tests de personnalité, échelles émotionnelles et projectives...)
- ☐ Bilan d'ergothérapie (autonomie, motricité fine, graphomotricité, activités de la vie quotidienne...)
- ☐ Bilan psychomoteur (schéma corporel, tonus, équilibre, coordination, structuration spatio-temporelle...)

pour l'enfant :

en date du : / /

Signature et cachet du praticien :

.....

Note à l'attention du praticien :

L'association Le Petit Victor prend en charge 10 % du coût des bilans non remboursés afin de soutenir les familles.

Cette attestation, jointe à la facture acquittée, est indispensable pour garantir la transparence et éviter toute fraude.

En cas de question ou besoin de précision, vous pouvez nous contacter à :

cabinetlepetitvictor@gmail.com

Vous pouvez également consulter la page dédiée à notre projet et suivre nos actions au bénéfice des enfants et de leurs familles.

Merci pour votre précieuse collaboration.

Angelica SODDU DUBIAU fondatrice de l'association.

https://www.instagram.com/asso_lepetitvictor/

<https://www.helloasso.com/associations/centre-autisme-le-petit-victor>