

NOM : _____

PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

TEL : _____

MAIL: _____

COTISATION (cocher la case de votre choix)

Tarif individuel 20 €

Tarif couple 35 €

DON

Montant : _____ €

TYPE DE REGLEMENT (cocher la case de votre choix)

Par chèque (à l'ordre d'Autism'Aide 35)

En espèces

A réception de votre règlement, vous recevrez votre carte d'adhérent et un reçu fiscal.

Vous pouvez déduire de vos impôts 66 % de votre soutien dans la limite de 20 % de vos revenus imposables.

J'adhère en qualité de : (cocher la case de votre choix)

Parent Famille Sympathisant

Personne TED Personne morale

Professionnel

(indiquez votre profession) _____

Bulletin à retourner dûment complété à :

Autism'Aide 35
8 rue Gabriel Germain
35000 RENNES



Nos coordonnées

Autism'Aide 35

8, rue Gabriel Germain

35000 RENNES

Tél : 06.36.77.55.87

Mail : autismaide35@free.fr

Notre groupe facebook

Autism'Aide35

Derrière l'un de ces regards
se cache une personne autiste.
Laquelle selon vous?



**L'autisme ne se voit pas,
il se vit au quotidien.**



*« L'important n'est pas de vivre comme
les autres mais parmi les autres »
D. Tammet*

Autism'Aide 35 est une association créée pour aider, informer, écouter et soutenir les familles, les parents d'enfants autistes d'Ille et Vilaine, dans leur quotidien et dans leurs démarches diverses.

Mais aussi pour encourager la mise en place des méthodes d'accompagnements préconisées par la Haute Autorité de Santé.

Notre mission :

Conseiller et communiquer sur ce handicap qu'est l'autisme afin de favoriser au maximum l'intégration et l'accompagnement des personnes autistes.

Nos actions :

- Organisation de formations pour la famille et les proches.
- Organisation de conférences, de débats.
- Manifestations sportives, culturelles, festivals
- Conseil et accompagnement des parents lors de démarches administratives, de réunions scolaires.
- Aide pour la mise en place d'une prise en charge adaptée par des professionnels de l'autisme.

Un proche, votre enfant a été diagnostiqué TED* ou autiste, vous vous posez des questions: Autism'Aide 35 est à votre écoute.

*TED: Troubles Envahissant du Développement

Des parents qui ont vécu les mêmes situations, ont eu les mêmes doutes peuvent répondre à vos diverses questions.

Nous contacter :



Autism'Aide 35*
8, rue Gabriel Germain
35000 RENNES

Tél : 06.36.77.55.87

Mail : autismaide35@free.fr

Facebook : Autism'Aide35

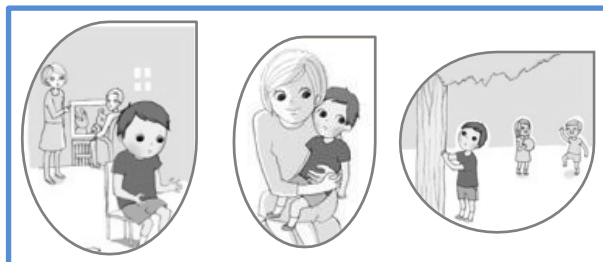
*(association loi 1901, déclarée n° W353011967)

L'AUTISME en quelques mots :

- C'est un trouble du développement neurobiologique et non psychiatrique.
- Les troubles du développement (TED) ne se guérissent pas mais une prise en charge précoce et adaptée permet de diminuer les troubles liés à l'autisme (interventions cognitives, éducatives, comportementales, développementales (préconisation de la HAS).
- On ne devient pas autiste : on naît autiste et on le reste.
- Les troubles du spectre autistique (TSA) touchent 1 enfant sur 150, 1 fille pour 4 garçons.
- Il existe différentes méthodes pour agir.

QUELQUES SIGNES...

Troubles des interactions sociales



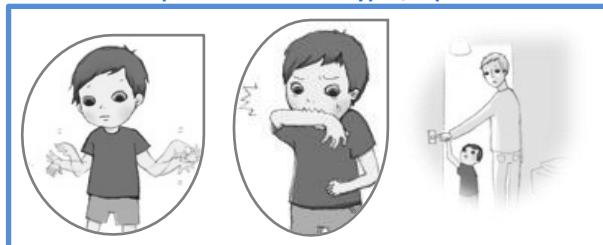
Apparente indifférence aux personnes, semble ignorer les autres, défaut de contact. Manque de contact visuel. Ne joue pas avec les autres enfants. Absence d'intérêt pour les autres enfants.

Troubles de la communication verbale, non verbale



Echolalie (répétition mot pour mot d'une question posée), ne pointe pas du doigt, ne montre pas, a du mal à comprendre et se faire comprendre.

Comportements stéréotypés, répétitifs



Mouvements inhabituels du corps (parfois) de type battements rapides des mains en ailes de papillon, intolérance face aux changements (colères, cris, se mord, s'automutile, s'arrache les cheveux), « main outil » : utilise la main de l'autre pour attraper des choses.

Afin de vous aider au mieux et de vous conseiller

(à compléter si vous le souhaitez)

Pour les parents :

Prénom de votre enfant : _____ Son année de naissance : _____

Sa situation actuelle :

- Domicile à temps plein
- Domicile à temps partiel
- Orthophonie _____ heures/semaine
- SESSAD
- Maternelle (temps de scolarisation) _____ heures/semaine
- AVS (nombre d'heures d'accompagnement) _____ heures/semaine
- CLIS
- UPI
- Ecole primaire
- Collège
- Lycée
- Emploi en milieu ordinaire
- IME /IMPRO
- IME /IMPRO avec scolarisation (temps de scolarisation) _____ heures/semaine
- Hôpital de jour _____ heures/ semaine
- Hôpital de jour + scolarisation (nombre d'heures d'hôpital) _____
- MAS
- FAM
- Foyer occupationnel
- Foyer de vie
- ESAT (CAT)
- Hôpital psychiatrique
- Autre _____

Pour les professionnels :

Fonction principale:

Lieu(x) d'exercice:

Activités liées à l'autisme :

