

Certificat médical (Nécessaire pour obtenir l'allocation journalière de présence parentale)

➔ **Partie à compléter par le demandeur AJPP**

Nom de famille (*de naissance*) :

Nom d'usage (*facultatif*) :

Prénoms (*dans l'ordre de l'état civil*) :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Recevez-vous des prestations de la CAF ou de la MSA ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom et adresse de l'organisme qui vous les verse :

Numéro allocataire CAF/MSA :

Nom :

Prénoms (*dans l'ordre de l'état civil*) :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant au titre de l'assurance maladie (*si différent du demandeur AJPP*) :

Recevez-vous des prestations de la CAF ou de la MSA ?

☐ Oui ☐ Non

Nom et prénom de l'assuré :

Nom et adresse de l'organisme qui rembourse les frais de maladie de l'enfant :

☐ Nouvelle pathologie
(Première demande) ☐ Pathologie chronique
(Renouvellement) ☐ Renouvellement
exceptionnel ☐ Rechute, récidive

Date du diagnostic :

Pathologie motivant la demande :

Critères de gravité de la pathologie :

Origine, circonstances d'apparition : ☐ Handicap ☐ Maladie ☐ Accident

Date d'apparition : ☐ A la naissance ☐ Depuis moins d'un an ☐ Depuis 1 à 5 ans ☐ Depuis plus de 5 ans

Présence éventuelle d'un retard dans les acquisitions principales : ☐ Oui ☐ Non

☐ Développement psychomoteur

☐ Langage

☐ Autre :

00000001105000000000

6 Demande d'allocation journalière de présence parentale (AJPP)

Certificat médical

Durée de la période prévisible des soins contraignants :mois

Traitement médical		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autre prise en charge concernant les soins	Fréquence en jours/semaines/mois	Présence nécessaire d'un des parents. Si oui, précisez le nombre de jours par semaine	
<input type="checkbox"/> Hospitalisations itératives ou programmées		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Suivi médical spécialisé		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Soins ou traitements nocturnes (préciser)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Autres		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Traitement chirurgical		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Fréquence en jours/semaines/mois	Présence nécessaire d'un des parents. Si oui, précisez le nombre de jours par semaine		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Prise en charge sanitaire et régulière			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Fréquence en jours/semaines/mois	Durée prévisible de traitement	Présence nécessaire d'un des parents. Si oui, précisez le nombre de jours par semaine	
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Infirmière			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Orthophoniste			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Psychologue			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Orthoptiste			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Psychomotricien			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Suivi pluridisciplinaire			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Fréquence en jours/semaines/mois	Modalités de suivi	Présence nécessaire d'un des parents. Si oui, précisez le nombre de jours par semaine	
<input type="checkbox"/> CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> CMP (Centre Médico Psychologique)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Hôpital de jour			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Adaptation d'un appareillage		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Modalités de suivi	Présence nécessaire d'un des parents. Si oui, précisez le nombre de jours par semaine	
<input type="checkbox"/> Corrections auditives		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Aide à la mobilité		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Appareillage visuel		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Alimentation / Elimination		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Aides respiratoires		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Aides à la parole		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Autre appareillage		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Emplacement réservé

Date demande :



7 Demande d'allocation journalière de présence parentale (AJPP)

Certificat médical

Précisions à apporter :

.....

.....

.....

.....

.....

→ Coordonnées du médecin

Docteur :	Médecin traitant :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Identifiant RPPS :	Identifiant ADELI :
Adresse postale :		
Téléphone :	Email :
Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :			
Date :			
Signature et cachet du médecin :			

Le médecin signataire certifie que l'état de santé de l'enfant correspond aux critères de l'article L544-1 du code de la sécurité sociale : « La personne qui assume la charge d'un enfant atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants bénéficie, pour chaque jour de congé prévu à l'article L. 1225-62 du code du travail, d'une allocation journalière de présence parentale. »

→ Partie à compléter par le service du contrôle médical et à retourner à l'organisme qui verse les prestations familiales

Date de la décision :

☐ Accord pour la période prévisible des soins contraignants pour mois (*dans la limite de 12 mois*)

☐ Refus

Motif du refus :

☐ Refus médical (*pathologie qui n'entre pas dans le champ de l'AJPP ...*)

☐ Refus administratif (*certificat médical incomplet ...*)

Information au médecin prescripteur : ☐ Oui ☐ Non

Signature et cachet du médecin :

Emplacement réservé

Date demande :

