

## Attestation

### Bonus Inclusion Handicap en Établissement d'accueil du Jeunes Enfant (EAJE)

Je soussigné(e)

Agissant en qualité de :

- ☐ Médecin PMI
- ☐ Centre Hospitalier
- ☐ Plateforme Départementale de coordination et d'orientation
- ☐ Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (Camps)
- ☐ Maison de l'autonomie (ex-MDPH)

#### Atteste que

Nom de l'enfant

Prénom de l'enfant

Date de naissance

Nom et adresse de  
l'EAJE (crèche)  
fréquenté

Est inscrit dans un parcours bilan/intervention précoce, après une orientation par les plateformes départementales de coordination et d'orientation

Est pris en charge régulièrement par un centre d'Action Médico-Sociale Précoce (Camps)

Est orienté par la MDA (ex-MDPH) vers une prise en charge d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), ou en service d'accompagnement familial d'éducation précoce (SAFEP)

Nécessite une prise en charge globale thérapeutique, éducative, ou rééducative compte tenu d'un développement inhabituel des acquisitions psychomotrices ou du diagnostic d'une pathologie ou d'une atteinte sensitive ou motrice grave

Fait à

Le

..../....20..

Cachet et signature