



ROYAUME DU MAROC

 MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA FEMME,
DE LA FAMILLE ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

2

HANDICAP MENTAL

PRIERE REMPLIR LE PRESENT DOSSIER COMME SUIT :

- CASE A COCHER

 OUI

- DATE EN JJ.MM.AAAA

- UTILISER LES LETTRES CAPITALES POUR RENSEIGNER TOUS LES CHAMPS

A IDENTIFICATION

REGION :

PROVINCE :

COMMUNE :

PHOTO

NOM PRENOM :

DATE DE NAISSANCE SEXE DATE DEBUT D'INVALIDITE CAUSE PRESUMEE

B EXAMEN MEDICAL

B1. EXAMEN PSYCHIATRIQUE

EXAMEN CLINIQUE

EXAMEN ET BILAN PSYCHOLOGIQUE

AUTRES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

AUTRES HANDICAPS MOTEURS OU SENSORIELS ASSOCIES

CONCLUSION ET PRONOSTIC

B2. HANDICAP LEGER

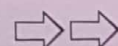
- (1) AUTONOMIE SUFFISANTE.
 (2) MEMOIRE PRESERVEE.
 (3) LANGAGE NORMAL MAIS DIFFICULTES DANS LA COMPREHENSION ET L'EXPRESSION DES NOTIONS ABSTRAITES.
 (4) SCOLARISATION POSSIBLE JUSQU'AU TERME DU PREMIER CYCLE DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE AU MAXIMUM.
 (5) APTITUDES INTELLECTUELLES NE DEPASSANT PAS 70% DES APTITUDES INTELLECTUELLES NORMALES COMPTE TENU DE L'AGE, DU SEXE ET DU MILIEU CULTUREL.
 (6) CAPACITES RELATIONNELLES BONNES.

B3. HANDICAP MOYEN

- (1) AUTONOMIE LIMITEE (INAPTITUDE A ASSUMER PLUSIEURS FONCTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE : ACHAT ET VENTE, DEPLACEMENT RELATIVEMENT LOINTAIN DE CHEZ LUI MAIS DANS SA PROPRE REGION.
 (2) TROUBLES DE LA MEMOIRE .
 (3) LANGAGE ELEMENTAIRE PEU DEVELOPPE.
 (4) SCOLARISATION IMPOSSIBLE MAIS APTITUDES A ACQUERIR QUELQUES AUTOMATISMES UTILES.
 (5) APTITUDES INTELLECTUELLES NE DEPASSANT PAS 50% DES APTITUDES NORMALES COMPTE TENU DE L'AGE, DU SEXE ET DU MILIEU CULTUREL.
 (6) CAPACITES RELATIONNELLES BONNES.

B4. HANDICAP PROFOND

- (1) ABSENCE D'AUTONOMIE PERSONNELLE INAPTITUDE A SE PRENDRE EN CHARGE DANS LA VIE QUOTIDIENNE / HYGIENE, HABILLEMENT DEPLACEMENT, BESOIN D'UNE AIDE CONSTANTE D'UNE TIERCE PERSONNE.
 (2) DEFICIENCE TOTALE DE MEMOIRE .
 (3) DEFICIENCE TOTALE DU LANGAGE. (SAUF QUELQUES MOTS OU SONS)
 (4) SCOLARISATION IMPOSSIBLE.
 (5) APTITUDES INTELLECTUELLES NE DEPASSANT PAS 30% DES APTITUDES INTELLECTUELLES NORMALES COMPTE TENU DE L'AGE, DU SEXE ET DU MILIEU CULTUREL.
 (6) CAPACITES RELATIONNELLES NULLES.



C CERTIFICAT

Je soussigné, Docteur : Spécialiste en

Exerçant à : Certifie avoir examiné :

Nom, Prénom :

Qui présente :

Ayant pour origine présumée :

.....

Fait à : Le :

Signature :

D AVIS DE LA COMMISSION MEDICALE PROVINCIALE

DE : Le :

--

SIGNATURES

--	--	--

E AVIS DE LA COMMISSION TECHNIQUE CENTRALE

HANDICAP CONFIRME (DOSSIER ACCEPTE) PAS DE HANDICAP (DOSSIER REFUSE)

DEGRE DU HANDICAP MENTAL LEGER MOYEN PROFOND

POUR UNE DUREE DEFINITIVE NON DEFINITIVE EVOLUTIVE

NECESSITANT UNE TIERCE PERSONNE OUI NON

SIGNATURES

Le :

--	--	--