

Voici un **modèle complet de lettre et de projet de vie** à intégrer au dossier MDPH, spécifique à un enfant porteur de **trisomie 21**, avec un taux d'incapacité reconnu supérieur à 80 %. Ce modèle inclut une **demande de PPS, PCH, AEEH avec complément, carte de stationnement à vie**, et un **Plan Personnalisé de Compensation (PPC)**.

 **LETTRÉ DE DEMANDE MDPH + INTRODUCTION AU PROJET DE VIE**

Objet : Demande de Plan Personnalisé de Compensation (PPC) complet, carte de stationnement, droits à l'AEEH et à la PCH, et mise en place d'un PPS

À l'attention de la MDPH [département]

[Nom Prénom du responsable légal]

[Adresse]

[Téléphone / Mail]

Madame, Monsieur,

Je vous adresse la présente demande dans le cadre de l'accompagnement de mon enfant [Prénom Nom], né(e) le [date], porteur(se) de trisomie 21, avec un taux d'incapacité reconnu supérieur à 80 %, et nécessitant un accompagnement global, durable et évolutif dans tous les domaines de la vie quotidienne, scolaire, médicale et sociale.

En application de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, je sollicite :

- La mise en place d'un **Plan Personnalisé de Compensation (PPC)** complet,
- L'attribution de la **PCH (Prestation de Compensation du Handicap)**,
- Le renouvellement ou l'attribution de l'**AEEH et de son complément** adapté,
- La délivrance d'une **carte de stationnement à vie**,
- La mise en place d'un **PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)** avec AESH à temps plein,
- Et toute autre aide en lien avec les besoins identifiés dans le projet de vie ci-joint.

Conformément à l'article **R146-29 du Code de l'Action Sociale et des Familles**, je vous remercie de bien vouloir me transmettre une évaluation écrite de la situation de mon enfant au moins **15 jours avant la réunion de la CDAPH**, afin de pouvoir vérifier la bonne prise en compte des besoins exprimés.

Je joins à ce courrier le **projet de vie détaillé**, ainsi que les pièces justificatives requises. Je vous remercie par avance de l'attention portée à notre situation et reste à votre disposition pour tout complément.

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Signature]

PROJET DE VIE – ENFANT PORTEUR DE TRISOMIE 21

Nom de l'enfant : [Prénom NOM]
Date de naissance : [JJ/MM/AAAA]
Représentant légal : [Votre nom, prénom]
Adresse : [Adresse complète]
Téléphone : [Numéro]
Mail : [Adresse e-mail]

Objet : Projet de vie – Demande de droits et compensations liés au handicap (trisomie 21)

Madame, Monsieur,

Je vous adresse ce projet de vie dans le cadre du renouvellement ou de la première demande des aides et droits MDPH pour mon enfant, **[Prénom NOM]**, porteur(se) de **trisomie 21**, dont le handicap est reconnu à un taux supérieur à **80 %**. Il s'agit d'un **handicap génétique, permanent, irréversible et non évolutif**, justifiant un **accompagnement durable** dans tous les aspects de la vie.

1. Situation médicale et besoins liés au handicap

[Prénom] est atteint(e) de trisomie 21, un handicap qui impacte :

- son **développement cognitif global** (compréhension, concentration, apprentissage),
- sa **motricité fine et globale** (hypotonie, marche instable, fatigabilité),
- sa **communication** (retard de langage, troubles articulatoires, recours à la CAA),
- sa **santé générale**, avec des comorbidités fréquentes (troubles ORL, digestifs, sommeil),
- et son **autonomie**, avec une dépendance quasi totale dans les actes quotidiens (toilette, habillage, alimentation, déplacements).

Un accompagnement pluridisciplinaire est mis en place ou nécessaire :

- orthophonie (2 séances/semaine),
- psychomotricité,
- suivi pédiatrique, ORL, orthoptique,
- accompagnement éducatif spécialisé souhaité via SESSAD.

◆ 2. Vie quotidienne et charge familiale

[Prénom] nécessite :

- une **surveillance constante**,
- une **présence quotidienne pour les actes essentiels de la vie**,
- une **organisation complexe de rendez-vous médicaux** et de soins,
- un soutien à la communication par pictogrammes, emploi du temps visuel, routines cadrées.

Je suis [mère/père] de [nombre] enfants et j'assure seule/principalement l'accompagnement de [Prénom]. J'ai [cessé mon activité / réduit mon temps de travail / suis en congé aidant familial] pour répondre à ses besoins.

Notre famille vit des situations de **fatigue chronique**, d'**épuisement parental**, et de **solitude face aux démarches**.

◆ 3. Scolarité et inclusion

[Prénom] est scolarisé(e) en [niveau scolaire], avec des besoins spécifiques :

- **orientation ou maintien en ULIS École / Collège**,
 - mise en place ou maintien d'un **PPS**,
 - **AESH à temps plein** pour : aide aux déplacements, reformulation des consignes, accompagnement à la socialisation, gestion des émotions,
 - inclusion progressive à hauteur de **50 % minimum dans la classe ordinaire**, conformément à la circulaire n°2015-129.
-

◆ 4. Aides sollicitées auprès de la MDPH

✓ Plan Personnalisé de Compensation (PPC)

Pour assurer une vision globale et cohérente des besoins actuels et futurs.

✓ SESSAD

Demande d'**orientation en SESSAD** (trisomie/polyhandicap ou pluridisciplinaire), pour bénéficier :

- de soins coordonnés (orthophonie, psychomotricité, éducation spécialisée),

- d'une **intervention à domicile ou en milieu scolaire**,
- d'un soutien parental et éducatif,
- d'une guidance dans le développement de l'autonomie.

✓ PCH aide humaine – par un aidant familial

Demandée au titre :

- de l'aide totale pour les actes de la vie quotidienne (habillage, toilette, repas, déplacements),
- d'une **surveillance de jour et de nuit**,
→ Demande d'attribution **pour 10 ans minimum ou à vie**, conformément aux préconisations CNSA pour les handicaps non évolutifs.

✓ AEEH + Complément (niveau [à préciser])

Pour compenser les surcoûts liés au handicap :

- soins non remboursés,
- transport adapté,
- matériel spécifique (pictogrammes, CAA, équipement sensoriel),
- soutien éducatif à domicile.

✓ Carte Mobilité Inclusion (CMI) – Invalidité et Stationnement

→ CMI Invalidité, en raison :

- du besoin d'accompagnement permanent,
- de l'aide humaine indispensable dans les actes quotidiens,
- d'un handicap reconnu >80 %,

→ CMI Stationnement à vie, du fait :

- des troubles moteurs,
- de la fatigabilité extrême,
- de la nécessité d'un accès facilité aux soins et établissements.

✓ Reconnaissance des droits pour 10 ans ou à vie

En raison :

- du caractère irréversible et non évolutif de la trisomie 21,
 - de la stabilité des besoins à long terme,
→ **Pour alléger la charge administrative** et garantir la continuité du parcours de soin, scolaire et social.
-

◆ 5. Perspectives

Notre objectif est de permettre à [Prénom] :

- de développer ses compétences à son rythme,
- de rester inclus dans la société et dans l'école ordinaire autant que possible,
- de bénéficier d'un accompagnement digne, stable et bienveillant,
- de préserver l'équilibre familial dans la durée.

Nous avons besoin d'un **soutien fort de la MDPH** pour sécuriser ce parcours et garantir les moyens humains, matériels et éducatifs nécessaires.

En vous remerciant de votre attention et de votre engagement pour les personnes en situation de handicap.

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations respectueuses.

[Nom, prénom]

[Signature]

Fait à [Ville], le [Date]