

**Institut Médico-Social Charles Isautier**

*Plateforme de Coordination et d’Orientation*

*pour les Troubles Neuro-Développementaux*

**DOSSIER FAMILLE**

Nom de l’enfant : ………………………… Prénom : ………………………...........

Date de naissance : ……./……./……….. Lieu de naissance : …………………..

Questionnaire rempli par : [ ] le père [ ] la mère [ ] les 2

Qui vous adresse à la plateforme ? ……………………………………………………………….

Pour quelle(s) raison(s) ? …………………………………………………………………………..

Date du rendez-vous avec le Médecin qui a complété le dossier médical : ……./……./…….

**DONNÉES ADMINISTRATIVES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MÈRE** | **PÈRE** |
| **Nom et prénom** |  |  |
| **Date de naissance** |  |  |
| **Adresse** |  |  |
| **Téléphone** | 02.62.06.9 | 02.62.06.9 |
| **Adresse mail** |  |  |
| **Profession** |  |  |
| **Activité actuelle** |  |  |

Immatriculation sécurité sociale :

**Numéro de sécurité sociale de l’enfant** *(si disponible)* :

**Nom et prénom de l’assuré(e)** *(auquel l’enfant est rattaché)* :

**Numéro de sécurité sociale de** **l’assuré(e)** *(auquel l’enfant est rattaché)* :

Couverture par l’assurance maladie (informations sur l’attestation de droits) :

|  |  |
| --- | --- |
| **Code régime :** | **Raison sociale :** |
| **Code caisse gestionnaire :** | **Adresse postale :** |
| **Code centre gestionnaire :** |

**GARDE, SCOLARISATION, LOISIRS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MODE DE GARDE** | **OUI** | **NON** |
| Crèche |[ ] [ ]
| Garderie |[ ] [ ]
| Assistante maternelle |[ ] [ ]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SCOLARISATION** | **OUI** | **NON** |
| Ecole |[ ] [ ]
| Redoublement antérieur |[ ] [ ]

Niveau scolaire : ……………………………………………………………………

Nom et adresse de l’école : …………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**LOISIRS**

Quels sont les loisirs de votre enfant ? …………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**AIDES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MAISON DE L’AUTONOMIE** | **OUI** | **NON** |
| **AEEH** *(Allocation d’Education pour Enfant Handicapé)* |[ ] [ ]
| **PCH** *(Prestation de Compensation du Handicap)* |[ ] [ ]
| **AJPP** *(Allocation Journalière de Présence Parentale)* |[ ] [ ]
| Autre : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ADAPTATIONS SCOLAIRES** | **OUI** | **NON** |
| **AESH** *(Accompagnant Élève en Situation de Handicap)* |[ ] [ ]
| **Prise en charge RASED** *(Réseau d’Aide Spécialisée aux Enfants en Difficulté)* |[ ] [ ]
| PPS/PPRE *(Projet Personnalisé de Scolarisation ou de Réussite Éducative)* |[ ] [ ]
| Autre : |

**ANTECEDENTS**

**Antécédents familiaux** :

*troubles des apprentissages, autisme, problèmes de santé divers…*

PÈRE : ………………………………………………………………………………………………..

MÈRE : ……………………………………………………………………………………………….

FRATRIE : ……………………………………………………………………………………………

ENTOURAGE FAMILIAL : …………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**Grossesse et naissance :**

*prématurité, faible poids, enfant adopté …*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Âge de la tenue assise stable sans aide : ………. Âge de la marche sans aide : ……….

**Traitement en cours** : [ ] OUI [ ] NON

*Si OUI, précisez* : ……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Antécédents d’hospitalisation et/ou problèmes de santé** : [ ] OUI [ ] NON

*Si OUI, détaillez* : ……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Votre enfant a-t-il eu un contrôle ORL ?** [ ] OUI [ ] NON

**Votre enfant a-t-il eu un contrôle ophtalmologique ?** [ ] OUI [ ] NON

*Si OUI, a-t-il un suivi ?*............................................................................................................

**Antécédents de rééducation *(orthophonie ou autre)*** : [ ] OUI [ ] NON

*Si OUI, pour quelle(s) raison(s) et quelles rééducations* : ……………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**CONDITIONS DE VIE**

**SITUATION PARENTALE :**

 [ ] Parents vivant dans le même foyer [ ] Famille monoparentale

[ ] Famille recomposée

**ÉVÈNEMENTS FAMILIAUX** : [ ] OUI [ ] NON

*Si OUI, lesquels :* ……………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**COMPOSITION DE LA FAMILLE** :

Nombre d’enfants et d’adultes présents à la maison : ………………………………………….

**DIFFICULTÉS SIGNALÉES EN COLLECTIVITÉ**

**(crèche, école, assistante maternelle…)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DES DIFFICULTÉES SIGNALÉES CONCERNANT** | **OUI** | **NON** |
| Le comportement ? |[ ] [ ]
| L’attention ? |[ ] [ ]
| Les apprentissages scolaires ?Le langageLecture – OrthographeEcritureMathématiques |[ ] [ ]
|  |[ ] [ ]
|  |[ ] [ ]
|  |[ ] [ ]

*Si OUI, quelles difficultés ?* ………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Remarques, difficultés autres que vous auriez observées et qui vous interrogent****:***:** …………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**SUIVIS ACTUELS & EFFECTUÉS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Votre enfant est suivi / a été suivi par :** | **NOM****&****Coordonnées** | **Suivi depuis****quelle année** |
|[ ]  Médecin généraliste |  |  |
|[ ]  Pédiatre |  |  |
|[ ]  CMPEA |  |  |
|[ ]  CMPP |  |  |
|[ ]  CAMSP |  |  |
|[ ]  Ergothérapeute |  |  |
|[ ]  Orthophoniste |  |  |
|[ ]  Orthoptiste |  |  |
|[ ]  Psychomotricien |  |  |
|[ ]  Psychologue |  |  |
|[ ]  Psychiatre / Pédopsychiatre |  |  |
|[ ]  Masseur-Kinésithérapeute |  |  |
|[ ]  ORL |  |  |
|[ ]  Ophtalmologue |  |  |
|[ ]  Autre : |  |  |

*En sollicitant la plateforme, j’autorise l’équipe de coordination à échanger des informations avec les professionnels médicaux de mon enfant.*

*A transmettre à la Plateforme de Coordination et d’Orientation*

*(Reçu le …../……/……….)*

**Signature du parent**