

**DOSSIER FAMILLE**

**Préconisations :**



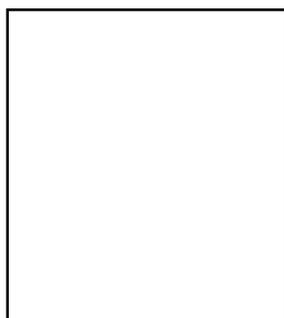
- Contactez la plateforme si un dossier MDPH est en cours d'instruction, ou en cours de validité.
- Veillez à joindre l'attestation de sécurité sociale de votre enfant (CPAM, MSA, MGEN ...)
- Renvoyez les différents pages du dossier en 1 seul document, les photos ne sont pas acceptées.

**Coordonnées :**



- Pour le Puy-de-Dôme : 19 rue du Prè l'Abbé 63400 Chamalières - 04 73 29 68 82
- Pour l'Allier : 6 rue Jean Jacques Rousseau 03000 Moulins - 04 70 49 41 27
- Pour le Cantal/Siège : 9 rue Laparra de Fieux 15000 Aurillac - 04 71 47 30 13

<b>Nom de l'enfant :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Date de naissance :</b>	<b>Lieu de naissance :</b>
<b>Questionnaire rempli par :</b>	



← Insérez ici une photo de votre enfant (*facultatif*)

**COORDONNEES**

	<b>Responsable légal 1</b> Préciser le lien : .....	<b>Responsable légal 2</b> Préciser le lien : .....
<b>Nom et prénom</b>		
<b>Date de naissance</b>		
<b>Adresse</b>		
<b>Téléphone</b>		
<b>Adresse mail</b>		
<b>Profession</b>		

## CONDITIONS DE VIE

### SITUATION PARENTALE

En cas de séparation précisez les relations avec l'autre parent (le mode de garde) :

.....  
.....

### COMPOSITION DE LA FAMILLE

Nombre d'enfants vivant à la maison :

Nombre d'adultes vivant à la maison :

Evènements familiaux notables :  OUI  NON

Si oui, précisez :

.....  
.....

## GARDE, SCOLARISATION, LOISIRS

### MODE DE GARDE

Crèche/garderie  OUI  NON

Assistante maternelle  OUI  NON

### SCOLARISATION

Ecole  OUI  NON

Classe .....

Redoublement  OUI  NON

Nom et adresse de l'école :

.....

### LOISIRS

.....

## ANTECEDENTS

**ANTECEDENTS FAMILIAUX** (*problèmes de santé, troubles des apprentissages type dyslexie, dysphasie, autisme etc...*)

**Père :**

**Mère :**

**Frères et sœurs :**

**Entourage familial :**

<b>GROSSESSE ET NAISSANCE</b> : (prématurité, faible poids, enfant adopté, accouchement...)	
<b>ANTECEDENTS D'HOSPITALISATION, DE PROBLEMES DE SANTE</b> :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, précisez :	
<b>ANTECEDENTS DE REEDUCATIONS</b> (orthophonie, kinésithérapie ou autre...) :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui : pour quelle raison, types de rééducations ?	

<b>VISION / AUDITION :</b>	
VOTRE ENFANT A-T-IL EU UN <b>CONTROLE ORL</b> ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
VOTRE ENFANT A-T-IL EU UN <b>CONTROLE OPHTALMOLOGIQUE</b> ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<b>SOMMEIL – PROPETE</b>	
Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Dort-il dans votre lit une partie de la nuit ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant est-il propre de jour :	<input type="checkbox"/> OUI à ..... mois <input type="checkbox"/> NON
de nuit :	<input type="checkbox"/> OUI à ..... mois <input type="checkbox"/> NON

<b>TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX</b>	
Votre enfant a-t-il un traitement médicamenteux en cours ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, précisez : .....	

### LANGAGE COMMUNICATION :

SITUEZ VOTRE ENFANT AU NIVEAU DE LA COMMUNICATION

**PARLE (DIT DES MOTS, LES ASSOCIE, FAIT DES PHRASES) ?**

**VOUS COMPREND (EXPRESSION VERBALE ET NON VERBALE) ?**

**ARRIVE A ENTRER FACILEMENT EN COMMUNICATION AVEC LES AUTRES ?**

<b>REMARQUES AUTRES :</b>
---------------------------

## HABILETES MOTRICES, REPERAGE TEMPOREL ET SPATIAL :

Age de la tenue assise sans aide :	Age de la marche sans aide :
------------------------------------	------------------------------

### SITUEZ VOTRE ENFANT AU NIVEAU DE LA MOTRICITE

A LE SENS DE L'EQUILIBRE ?

EST ADROIT ?

ARRIVE A MANGER SEUL ?

ARRIVE A S'HABILLER SEUL ?

EST A L'AISE AVEC LE DESSIN, LE DECOUPAGE ...?

## COMPORTEMENT :

### DECRIVEZ LE COMPORTEMENT DE VOTRE ENFANT

S'AGITE (A DU MAL A RESTER ASSIS LE TEMPS DU REPAS, A DU MAL A ATTENDRE SON TOUR) ?

SE MET EN DANGER ?

EST REGULIEREMENT ANGOISSE, VOIRE TRISTE ?

EXPRIME DE L'ANGOISSE DANS DES CAS PARTICULIERS (RANGEMENT, SALETE...) ?

EST GENE PAR CERTAINES CHOSES (BRUITS, ODEURS, TEXTURES) ?

EST SOCIABLE ?

RESTE DEVANT LES ECRANS ? EN MOYENNE COMBIEN DE TEMPS/JOUR ?

EVENEMENT(S) QUE VOUS AURIEZ OBSERVE ET QUI VOUS INTERROGE :

**SUIVI(S) ACTUEL(S) :**

	<b>NOM du professionnel et ADRESSE</b>	Depuis quand ?
<input type="checkbox"/> Médecin traitant		
<input type="checkbox"/> Généraliste/Pédiatre		
<input type="checkbox"/> CAMSP		
<input type="checkbox"/> CMP		
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute		
<input type="checkbox"/> Orthophoniste		
<input type="checkbox"/> Psychomotricien		
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute		
<input type="checkbox"/> Orthoptiste		
<input type="checkbox"/> Psychologue		
<input type="checkbox"/> Pédopsychiatre		
<input type="checkbox"/> ORL		
<input type="checkbox"/> Ophtalmologue		
<input type="checkbox"/> Autre		

**AIDES**

RASED	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AEEH	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AESH	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
PPS	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AJPP	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
PCH	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

## Charte d'engagement à la Plateforme Interdépartementale de Coordination et d'Orientation Territoire Cantal / Allier / Puy-de-Dôme

La plateforme permet **l'intervention précoce et coordonnée de professionnels**, pour les enfants de 0 à 6 ans inclus, présentant des signes de troubles du neuro-développement.

Les professionnels qui peuvent être mobilisés dans ce cadre sont les professionnels des établissements partenaires de la plateforme ou des professionnels libéraux.

Ces interventions doivent permettre de **lever le doute**, ou de **progresser dans le diagnostic**, tout en prévenant le sur-handicap.

Dans le cadre de ce parcours de soins, le **médecin de l'enfant** qui fait la demande auprès de la plateforme, reste le référent de l'enfant et de sa famille :

- Il est informé des préconisations de soins faites après validation du dossier par la plateforme
- Il est destinataire des comptes rendus de bilans et de prises en charge de l'enfant.
- Il est le garant du parcours coordonné avec l'appui de l'équipe de la plateforme.
- Il est invité à participer à la réunion de synthèse à 6 mois de prise en charge

Dans le cadre du parcours de soins, le **dossier de l'enfant sera informatisé**, pour permettre aux professionnels soignants de partager les informations nécessaires à la coordination des soins. Si besoin, nous serons également amenés à échanger auprès des services de l'éducation nationale ou encore de la maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH).

Aucune information recueillie au sein de la PCO ne pourra être utilisée en dehors des objectifs spécifiques de la plateforme, qu'il s'agisse des données médicales, des données socio-économiques ou de la situation familiale.

Si des soins sont préconisés auprès de professionnels libéraux non conventionnés avec l'Assurance Maladie (tels que les psychomotriciens, psychologues et ergothérapeutes) les parents prennent rendez-vous auprès de professionnels ayant contractualisé avec la plateforme (liste fournie). Ceux-ci seront directement rémunérés par la plateforme, sans reste à charge pour la famille.

Enfin, une **notification de la MDPH impacte le financement par la PCO**. **Merci de nous transmettre les informations liées au statut de votre demande.**

Les parents s'engagent à honorer les rendez-vous fixés avec les professionnels :

- En cas de **rdv non-excuses et non-honorés** la famille devra **s'acquitter du paiement** du/des séance(s) manquée(s), directement auprès du professionnel.
- Dans le cas de figure où **plus de 2 absences** sont signalées, **sans justificatif médical** apporté, le financement par la **PCO cesse**.

### Engagement à la charte de fonctionnement de la Plateforme de Coordination et d'Orientation

Je soussigné(e) : .....,

représentant(e) légal(e) de l'enfant : .....,

m'engage à avoir recueilli l'accord du second responsable légal de l'enfant et certifie avoir pris connaissance de la charte de fonctionnement de la plateforme interdépartementale de coordination et d'orientation du Cantal / Allier / Puy de Dôme.

Je joins à ce courrier **l'attestation de sécurité sociale sur laquelle apparaît le nom de l'enfant.**

Date : / /

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »