

DOSSIER FAMILLE

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Lieu de naissance :
Questionnaire rempli par <input type="checkbox"/> le père <input type="checkbox"/> la mère <input type="checkbox"/> les 2	

Qui vous adresse à la Plateforme ?
Pour quelle raison ?
Date du rendez-vous avec le médecin qui a complété le dossier médical :/...../.....

COORDONNÉES

	MÈRE	PÈRE
Nom et prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Téléphone		
Adresse mail		
Profession		
Activité actuelle		

IMMATRICULATION SÉCURITÉ SOCIALE

Numéro de sécurité sociale de l'enfant <i>(si disponible)</i>
Nom et prénom de l'assuré <i>(auquel l'enfant est rattaché)</i>
Numéro de sécurité sociale de l'assuré <i>(auquel l'enfant est rattaché)</i>

COUVERTURE PAR L'ASSURANCE MALADIE *(infos 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garderie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistante maternelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCOLARISATION	OUI	NON
Ecole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redoublement antérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Niveau scolaire :

Nom et adresse de l'école :

Quels sont les loisirs de votre enfant ?

AIDES

MAISON DE L'AUTONOMIE	OUI	NON
AEEH (Allocation d'Education pour Enfant Handicapé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCH (Prestation de Compensation du Handicap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AJPP (Allocation Journalière de Présence Parentale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ADAPTATIONS SCOLAIRES	OUI	NON
Prise en charge RASED (Réseau d'Aide Spécialisée aux Enfants en Difficulté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PPS / PPRE (Projet Personnalisé de Scolarisation ou de Réussite Educative)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre :

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX : troubles des apprentissages, autisme, problèmes de santé divers... :

PÈRE :

MÈRE :

FRATRIE :

ENTOURAGE FAMILIAL :

GROSSESSE et NAISSANCE : prématurité, faible poids, enfant adopté... (texte libre) :

Age de la tenue assis stable sans aide :

Age de la marche sans aide :

TRAITEMENTS 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 CONTROLE ORL ? OUI NON

VOTRE ENFANT A-T-IL EU UN CONTROLE OPHTHALMOLOGIQUE OUI NON

Si OUI, a-t-il un suivi :

ANTÉCÉDENTS DE RÉÉDUCATION (orthophonie ou autre) OUI NON

Si OUI, pour quelle raison, et quelles rééducations :

DOSSIER FAMILLE

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 :

PROBLÈMES DE SANTÉ DANS LA FAMILLE

- OUI NON

Si OUI, lesquels :

Les prochaines questions portent sur ce que vous observez chez votre enfant. En fonction de son âge, certaines questions vous poseront peut-être des difficultés, n'hésitez pas à le signifier en fin de dossier.

LANGAGE ET COMMUNICATION

VOTRE ENFANT	OUI	NON
A-t-il (eu) des difficultés pour s'exprimer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprend les consignes orales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Connaissez-vous des antécédents de dyslexie, ou autre problème scolaire dans la famille ? OUI NON

Si OUI, lesquels :

DOSSIER FAMILLE

VOTRE ENFANT	OUI	NON
Peut-il faire des petites phrases ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se fait comprendre par d'autres adultes que ses parents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut-il associer 2 mots : « papa pati », « veux gato », « pas dodo » ... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut-il s'intéresser à ce que vous lui montrez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut-il vous faire comprendre ce qu'il veut en vous regardant, puis en pointant du doigt et du regard vers l'objet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut-il faire des jeux de faire semblant : jouer à la dinette, à bricoler, faire le ménage... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut-il réagir en comprenant votre mimique de visage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il tendance à s'isoler (en classe ou à la maison) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il du mal à se faire des copains et à les garder ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut-il jouer seul dans une pièce ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il timide, voire renfermé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant est-il fasciné par un sujet particulier ou inhabituel dont il est devenu « expert » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il contrarié à l'excès par des changements dans sa routine ou ses habitudes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous paraît-il avoir le sens de l'humour comme des enfants de son âge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous semble-t-il comprendre le langage figuré, les expressions au 2 nd degré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut-il dire des petits mensonges dans la vie quotidienne, comme des enfants de son âge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut-il tenir compte des conventions sociales, et ne pas dire par exemple des paroles blessantes pour autrui sans s'en rendre compte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En regard à une tristesse exprimée face à lui, votre enfant va-t-il spontanément vouloir consoler la personne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paraît-il parfois bizarre dans ses propos ou son comportement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passe-t-il à votre avis trop de temps devant la télévision, l'ordinateur ou les jeux vidéo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de temps par jour ?		
Parle-t-il fort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait-il répéter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entend-il mal ou monte-t-il le son de la télévision ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOSSIER FAMILLE

HABILETÉS MOTRICES ET REPÉRAGE TEMPOREL ET SPATIAL

VOTRE ENFANT	OUI	NON
Votre enfant vous paraît-il maladroit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des difficultés pour courir (lourd, pataud, trébuche fréquemment) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des difficultés dans les activités motrices (marelle, corde à sauter) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait-il faire du vélo sans petites roues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, depuis quel âge ?		
A-t-il des difficultés pour certains sports (individuel, collectif) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des difficultés pour s'habiller ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des problèmes pour organiser ses affaires d'école ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il à l'aise avec l'utilisation des couverts pour manger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il à l'aise dans l'utilisation des outils scolaires (ciseaux, règle, compas) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime-t-il dessiner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecrit-il mal ou lentement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il à l'aise avec les puzzles et les activités de construction (lego, kappla...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il attiré par les activités manuelles (gommettes, pâte à modeler, bricolage) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaît-il la droite et la gauche sur autrui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se repère-t-il dans les jours de la semaine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les difficultés éventuelles signalées dans les questions précédentes :

Retentissent-elles dans la vie quotidienne à la maison ? OUI NON

Retentissent-elles à l'école ? OUI NON

Si OUI, de quelle façon ?

SOMMEIL ET CONTRÔLE SPHINCTERIEEN

VOTRE ENFANT	OUI	NON
A-t-il des problèmes de sommeil (s'endort difficilement, se réveille trop tôt, pendant la nuit) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dort-il dans le lit des parents une partie de la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant est-il propre :		
- de jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A quel âge a-t-il été propre ?		

COMPORTEMENT

VOTRE ENFANT	OUI	NON
Bouge-t-il tout le temps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se met-il souvent en danger (risques inconsidérés) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se montre-t-il le plus souvent étourdi (oubli, perd ses affaires personnelles) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut-il attendre son tour quand il joue ou pour parler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut-il mener jusqu'à son terme une activité prolongée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des difficultés pour rester assis à table le temps du repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se met-il en colère à la moindre contrariété ou est-il bagarreur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se montre-t-il opposant pour les règles de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il habituellement gêné par des bruits, des odeurs, des textures d'aliments ou des sensations cutanées banales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ?		

VIE AFFECTIVE ET ÉMOTIONNELLE

VOTRE ENFANT	OUI	NON
Est-il souvent angoissé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exprime-t-il de la tristesse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, à quel moment ou est-ce la plupart du temps ?		
Exprime-t-il des peurs et/ou des préoccupations gênant sa vie quotidienne : sur la saleté, les microbes, ou l'ordre par exemple ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exprime-t-il souvent des inquiétudes à votre égard ou sur sa santé physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refuse-t-il de partir plusieurs jours chez une autre personne que les parents : grands-parents, amis, famille... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'a pas envie de jouer (il faut le pousser sans arrêt) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se dévalorise (je n'y arriverai pas, je suis nul...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, à quel moment et dans quelle circonstance ?		
.....		

DOSSIER FAMILLE

DIFFICULTÉS SIGNALÉES EN COLLECTIVITÉ (crèche, école, assistante maternelle...)

DES DIFFICULTÉS SIGNALÉES CONCERNANT	OUI	NON
Le comportement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les apprentissages scolaires ?		
Le langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lecture – Orthographe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mathématiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, quelles difficultés ?

.....

.....

Remarques, difficultés autres que vous auriez observé et qui vous interrogent (texte libre) :

DOSSIER FAMILLE

SUIVIS ACTUELS			
Votre enfant est suivi par		NOM ET COORDONNÉES	Suivi depuis quelle année ?
<input type="checkbox"/>	Médecin Généraliste		
<input type="checkbox"/>	Pédiatre		
<input type="checkbox"/>	CMP		
<input type="checkbox"/>	CMPP		
<input type="checkbox"/>	CAMSP		
<input type="checkbox"/>	Ergothérapeute		
<input type="checkbox"/>	Orthophoniste		
<input type="checkbox"/>	Orthoptiste		
<input type="checkbox"/>	Psychomotricien		
<input type="checkbox"/>	Psychologue		
<input type="checkbox"/>	Psychiatre / Pédopsychiatre		
<input type="checkbox"/>	Masseur-Kinésithérapeute		
<input type="checkbox"/>	ORL		
<input type="checkbox"/>	Ophtalmologue		
<input type="checkbox"/>	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