

PLATEFORME INTERDEPARTEMENTALE DE COORDINATION ET D'ORIENTATION CANTAL ALLIER PUY-DE-DOME
DOSSIER FAMILLE PICO CAP

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 **différentes pages du dossier en 1 seul document**, **les photos ne sont pas acceptées.**

Coordonnées :

- Siège et antenne Cantal : 90 Avenue de Conthe 15000 Aurillac - 04 71 47 30 13
- Pour l'Allier : 6 rue Jean Jacques Rousseau 03000 Moulins - 04 70 49 41 27
- Pour le Puy-de-Dôme : 19 rue du Prè l'Abbé 63400 Chamalières - 04 73 29 68 82

➤ Pour **obtenir de l'aide pour compléter** le dossier : Elodie Crantelle 06 86 06 07 45

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Photo (facultative)



Nom de l'enfant :	Prénom de l'enfant :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Responsable légal 1 Préciser le lien :	Responsable légal 2 Préciser le lien :

Nom et prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Téléphone		
Adresse mail		
Profession		

SUIVI SOCIAL	Nom + coordonnées
Aide Educative à Domicile AED	
Action Educative en Milieu Ouvert AEMO	
Mesure de placement	
Autre (aide travailleur social : CCAS, associations d'aide aux réfugiés, ...)	

CONDITIONS DE VIE

SITUATION PARENTALE

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

.....
.....

COMPOSITION DE LA FAMILLE

Nombre d'enfants vivant à la maison :

Rang dans la fratrie (*1^{er}, 2^{ème} ... 5^{ème} enfant*) :

Nombre d'adultes vivant à la maison :

Evènements familiaux notables :

.....
.....

MODE DE GARDE – SCOLARISATION

Mode de garde avant l'entrée à l'école : Assistante maternelle Crèche ou MAM Parents

Nom et adresse de l'école :

Difficultés signalées par l'école :

Aide(s) mise(s) en place : RASED PPS PAP AESH

LOISIRS

ANTECEDENTS

ANTECEDENTS FAMILIAUX (*problèmes de santé, troubles des apprentissages, déficience intellectuelle, trouble du spectre autistique ...*)

Parents :

Frères et sœurs :

Entourage familial :

GROSSESSE ET NAISSANCE : (*prématurité, faible poids, enfant adopté, accouchement...*)

ANTECEDENTS D'HOSPITALISATION, DE PROBLEMES DE SANTE :

OUI NON

Si oui, précisez :

ANTECEDENTS DE REEDUCATIONS (*orthophonie, kinésithérapie ou autre...*) :

OUI NON

Si oui : pour quelle raison, types de rééducations ?

VISION / AUDITION :

VOTRE ENFANT A-T-IL EU UN **CONTROLE ORL** ?

OUI NON

VOTRE ENFANT A-T-IL EU UN **CONTROLE OPHTALMOLOGIQUE** ?

OUI NON

SOMMEIL – PROPRETE

Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ?

OUI NON

Dort-il dans votre lit une partie de la nuit ?

OUI NON

Votre enfant est-il propre de jour : OUI à mois NON

de nuit : OUI à mois NON

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Votre enfant a-t-il un traitement médicamenteux ?

OUI NON

Si oui, précisez :

LANGAGE COMMUNICATION :

AVANT DEUX ANS :

Votre enfant pouvait associer 2 mots ? (*« veux gâteau, pas dodo »*)

Votre enfant pointait du doigt pour se faire comprendre ? (*vous regardait, puis pointait l'objet*)

Pouvait faire des jeux de « faire semblant » ? (*dinette, bricolage, ménage...*)

Réagissait face à votre mimique de visage ? (*sourire, interrogation, contrariété*)

OUI	NON

A TROIS ANS / ENTREE EN MATERNELLE :

Se faisait comprendre de tous ? (*Langage intelligible par la famille, les amis, l'école ...*)

Faisait des phrases complètes ? (*Sujet, verbe, complément : Je veux manger de la compote*)

OUI	NON

APRES TROIS ANS :

Déforme des mots du langage courant ? (*ex : spectacle : pestacle*)

A des difficultés à jouer avec ses copains à cause de son langage ? (*il n'arrive pas à se faire comprendre*)

Vous comprend ?

Partage des choses avec vous ? (*raconte sa journée d'école, ce qu'il aime ...*)

OUI	NON

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'équilibre ?
- Vous paraît maladroit dans les gestes de la vie quotidienne ?
- Arrive à manger seul ?
- Arrive à s'habiller seul ?
- Est à l'aise avec le dessin, le découpage ...?

OUI	NON

COMPORTEMENT :

DECRIVEZ LE COMPORTEMENT DE VOTRE ENFANT

- S'agite (*a du mal à rester assis le temps du repas*) ?
- A du mal à attendre son tour pour jouer/prendre la parole ?
- Se met en danger ?
- Est régulièrement angoissé, voire triste ?
- Exprime de l'angoisse dans des cas particuliers (*rangement, saleté*) ?
- Est gêné par certaines choses (*bruits, odeurs, textures*) ?
- Son comportement, ou ses propos vous semblent parfois étranges ?
- A des centres d'intérêts qui vous interrogent ? (*Chiffres, lettres, objets qui tournent, langue étrangère, véhicules...*)
- Est fortement contrarié par les changements de son quotidien ? (Changement de trajet pour aller à l'école, changement de sa tenue vestimentaire ...)
- Se montre opposant dans les règles de la vie quotidienne ?
- A des copains ?
- Reste devant les écrans ? En moyenne combien de temps/jour ?

OUI	NON

Votre enfant en quelques mots :

SUIVI(S) MEDICAUX ET PARAMEDICAUX :

Avez-vous déjà sollicité :	Détaillez svp (nom de la structure, date de la demande, raison ...) :
CAMSP CMPP CMP	

		NOM ET COORDONNEES	Depuis quelle date ?
M E D E C I N S	Traitant		
	Généraliste Pédiatre		
	Pédopsychiatre		
	Neuropédiatre		
	ORL		
	Ophtalmologue		
P A R A M E D I C A U X	Kinésithérapeute		
	Orthophoniste		
	Psychomotricien		
	Ergothérapeute		
	Orthoptiste		
	Psychologue		

