

## 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 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 SÉCURITE 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		
Garderie		
Assistante maternelle		
SCOLARISATION	OUI	NON
Ecole		
Redoublement antérieur		

Niveau scolaire : .....

Nom et adresse de l'école :

.....  
 .....

Quels sont les loisirs de votre enfant ?

.....  
 .....  
 .....

Quelle est la langue parlée à la maison ? .....

### AIDES

*Les familles qui bénéficient de l'AEEH ne peuvent pas intégrer un parcours PCO. Les parents s'engagent à avertir la PCO s'ils obtiennent l'AEEH en cours de parcours.*

M.D.P.H	OUI	NON
AEEH (Allocation d'Education pour Enfant Handicapé)		
PCH (Prestation de Compensation du Handicap)		
AJPP (Allocation Journalière de Présence Parentale)		
ADAPTATIONS SCOLAIRES	OUI	NON
Prise en charge RASED (Réseau d'Aide Spécialisée aux Enfants en Difficulté)		
AESH (ex AVS)		
PPS / PPRE (Projet Personnalisé de Scolarisation ou de Réussite Educative)		

Autre: .....

### ANTÉCÉDENTS

<p><b>ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX</b> : troubles des apprentissages, autisme, problèmes de santé divers... :</p> <p>PÈRE : .....</p> <p>MÈRE : .....</p> <p>FRATRIE : .....</p> <p>ENTOURAGE FAMILIAL : .....</p>
---



**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 :

## CONDITIONS DE VIE

### SITUATION PARENTALE

Parents vivant dans le même foyer  Famille monoparentale  Famille recomposée

**ÉVÈNEMENTS FAMILIAUX**  OUI  NON

Si OUI, lesquels :

DINAMO Parcours : 50, rue Paul Painlevé – 01130 Nantua

☎ 04 28 44 10 45 - [pcotnd01@lespep01.org](mailto:pcotnd01@lespep01.org)

Direction générale 01 – ☎ 04 74 23 71 09 - Mél : [siegepep01@lespep01.org](mailto:siegepep01@lespep01.org)

Site internet : [www.lespep01.org](http://www.lespep01.org)



### 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 ?		
Comprend les consignes orales ?		

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

**Si OUI, lesquels :**

VOTRE ENFANT	OUI	NON
Peut-il faire des petites phrases ?		
Se fait comprendre par d'autres adultes que ses parents ?		
Peut-il associer 2 mots : « papa pati », « veux gato », « pas dodo » ... ?		
Peut-il s'intéresser à ce que vous lui montrez ?		
Peut-il vous faire comprendre ce qu'il veut en vous regardant, puis en pointant du doigt et du regard vers l'objet ?		
Peut-il faire des jeux de faire semblant : jouer à la dinette, à bricoler, faire le ménage... ?		
Peut-il réagir en comprenant votre mimique de visage ?		
A-t-il tendance à s'isoler (en classe ou à la maison) ?		
A-t-il du mal à se faire des copains et à les garder ?		
Peut-il jouer seul dans une pièce ?		
Est-il timide, voire renfermé ?		
Votre enfant est-il fasciné par un sujet particulier ou inhabituel dont il est devenu « expert » ?		
Est-il contrarié à l'excès par des changements dans sa routine ou ses habitudes ?		
Vous paraît-il avoir le sens de l'humour comme des enfants de son âge ?		

DINAMO Parcours : 50, rue Paul Painlevé – 01130 Nantua

☎ 04 28 44 10 45 - [pcotnd01@lespep01.org](mailto:pcotnd01@lespep01.org)

Direction générale 01 – ☎ 04 74 23 71 09 - Mél : [siegepep01@lespep01.org](mailto:siegepep01@lespep01.org)

Site internet : [www.lespep01.org](http://www.lespep01.org)



La solidarité en action

Vous semble-t-il comprendre le langage figuré, les expressions au 2nd degré ?		
Peut-il dire des petits mensonges dans la vie quotidienne, comme des enfants de son âge ?		
Peut-il tenir compte des conventions sociales, et ne pas dire par exemple des paroles blessantes pour autrui sans s'en rendre compte ?		
En regard à une tristesse exprimée face à lui, votre enfant va-t-il spontanément vouloir consoler la personne ?		
Paraît-il parfois bizarre dans ses propos ou son comportement ?		
Passe-t-il à votre avis trop de temps devant la télévision, l'ordinateur ou les jeux vidéo ?		
Combien de temps par jour ? .....		
Parle-t-il fort ?		
Fait-il répéter ?		
Entend-il mal ou monte-t-il le son de la télévision ?		

### HABILETÉS MOTRICES ET REPÉRAGE TEMPOREL ET SPATIAL

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

#### **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 SPHINCTERIEN

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

## COMPORTEMENT

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

## VIE AFFECTIVE ET ÉMOTIONNELLE

VOTRE ENFANT	OUI	NON
Est-il souvent angoissé ?		
Exprime-t-il de la tristesse ?		
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 ?		
Exprime-t-il souvent des inquiétudes à votre égard ou sur sa santé physique ?		
Refuse-t-il de partir plusieurs jours chez une autre personne que les parents : grands-parents, amis, famille... ?		
N'a pas envie de jouer (il faut le pousser sans arrêt) ?		
Se dévalorise (je n'y arriverai pas, je suis nul...) ?		
Si oui, à quel moment et dans quelle circonstance ? .....		

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

DES DIFFICULTÉS SIGNALÉES CONCERNANT	OUI	NON
Le comportement ?		



La solidarité en action

L'attention ?		
Les apprentissages scolaires ?		
Le langage		
Lecture – Orthographe		
Ecriture		
Mathématiques		

Si oui, quelles difficultés ?

.....

.....

.....

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

### SUIVIS ACTUELS

Votre enfant est suivi par		NOM ET COORDONNÉES	Suivi depuis quelle année ?
	Médecin Généraliste		
	Pédiatre		
	CMP		
	CMPP		
	CAMSP		
	Ergothérapeute		
	Orthophoniste		
	Orthoptiste		
	Psychomotricien		

DINAMO Parcours : 50, rue Paul Painlevé – 01130 Nantua

☎ 04 28 44 10 45 - [pcotnd01@lespep01.org](mailto:pcotnd01@lespep01.org)

Direction générale 01 – ☎ 04 74 23 71 09 - Mél : [siegepep01@lespep01.org](mailto:siegepep01@lespep01.org)

Site internet : [www.lespep01.org](http://www.lespep01.org)



La solidarité en action

	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.*

**Signature du parent**

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

[Reçu le ...../...../.....]

*Ces informations sont recueillies par les PEP01 dans le cadre du suivi de l'enfant au sein de la Plateforme de Coordination et d'Orientation. Les données collectées sont communiquées seulement aux professionnels libéraux.*

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement, vous opposer ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données ou à la portabilité de vos données en nous contactant à l'adresse [dpo@lespep01.org](mailto:dpo@lespep01.org).*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

---

**DINAMO Parcours : 50, rue Paul Painlevé – 01130 Nantua**

☎ 04 28 44 10 45 - [pcotnd01@lespep01.org](mailto:pcotnd01@lespep01.org)

Direction générale 01 – ☎ 04 74 23 71 09 - Mél : [siegepep01@lespep01.org](mailto:siegepep01@lespep01.org)

Site internet : [www.lespep01.org](http://www.lespep01.org)



## Charte d'engagement à la Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) de l'Ain

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

Les professionnels qui peuvent être mobilisés dans ce cadre sont les professionnels des établissements partenaires de la plateforme ou des **professionnels libéraux conventionnés avec la CPAM**, tels que médecins, orthophonistes, orthoptistes, kinésithérapeutes, et/ou les **professionnels libéraux non conventionnés avec la CPAM pouvant bénéficier des forfaits précoces**, tels que les psychomotriciens, psychologues et ergothérapeutes.

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 fait un retour des préconisations de soins à l'enfant et sa famille, après validation du dossier par la PCO.
- 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 organise, avec l'appui de la plateforme, une synthèse à 6 mois de prises en charge.

Dans le cadre du parcours de soins, la plateforme vous informe que le dossier de votre enfant sera informatisé, pour permettre à ses professionnels soignants d'échanger les informations nécessaires à la coordination des soins.

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 la CPAM (tels que les psychomotriciens, psychologues et ergothérapeutes)** les parents prennent rendez-vous auprès de professionnels ayant contractualisé avec la plateforme (liste vous ayant été fournie ainsi qu'à votre médecin). Ceux-ci seront directement rémunérés par la plateforme, sans reste à charge pour la famille.

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

- **En cas d'absence à un rendez-vous sans annulation la veille, la séance sera directement facturée aux parents.**
- Dans le cas de **deux rendez-vous non honorés, les forfaits précoces sont suspendus.**

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

Je soussigné(e) ....., représentant légal de l'enfant....., certifie avoir pris connaissance de la charte de fonctionnement de la plateforme de coordination et d'orientation de l'Ain et m'engage à la respecter.

Je joins à ce courrier **les copies des attestations de droits** (sécurité sociale) des deux parents.

« Lu et approuvé »

Signature :

## CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

### 1 IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance : .....

Nom usuel (si différent) : .....

Premier prénom : ..... Sexe :  M  F

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance<sup>1</sup> : .....



Collez ici l'étiquette patient

### 2 PROFESSIONNELS DE SANTE AUTORISES

J'autorise ces professionnels de santé et leur équipe soignante à accéder à mes données de santé.  
 Ces droits d'accès pourront être supprimés sur simple demande adressée par courrier au GCS Sara<sup>2</sup>.

Profession	Nom	Prénom	Ville ou structure d'exercice
Médecin traitant			
<del>Infirmier</del>			
<del>Pharmacien</del>			
PCO 01	Plateforme de coordination et d'orientation		01130 NANTUA

### 3 PROFESSIONNELS DE SANTE PROSCRITS

Ces professionnels ne pourront en aucun cas être inclus dans l'équipe me prenant en charge, même s'ils appartiennent à l'équipe d'un acteur habilité.

Profession	Nom	Prénom	Ville ou structure d'exercice

### 4 SIGNATURE

Signature du patient ou de son représentant légal<sup>3</sup> :

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Ma signature engage ma responsabilité et m'expose aux poursuites prévues par la loi en cas de fausse déclaration sur mon identité. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés me donne la possibilité d'obtenir communication des informations enregistrées concernant cette demande afin de vérifier leur exactitude et de faire redresser toute anomalie constatée. Ce droit d'accès s'exerce auprès de l'administrateur du GCS SISRA<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Code postal de naissance ou pays de naissance pour les personnes nées à l'étranger

<sup>2</sup> GCS Sara, Parc Technologique de la Part Dieu, 24 allée Evariste Gallois - 63170 AUBIÈRE

<sup>3</sup> La personne en charge du recueil du présent document est responsable de l'identification du signataire.