

**Offre CMPP : QUESTIONNAIRE 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 l’offre Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP) ?** …………………………………………………………………………………………………..**Vous venez à l’offre CMPP, pour obtenir de l’aide concernant ?**🞏 Difficultés dans les apprentissages scolairesPrécisez : ……………………………………………………………………………………..🞏 Difficultés comportementales🞏 Difficultés attentionnelles🞏 Difficultés et évènements familiaux 🞏 Difficultés relationnelles🞏 Comprendre le fonctionnement de mon enfant🞏 Autres : (Précisez) …………………………………………………………………………………………………..**Qu’attendez-vous de l’offre CMPP ?**…………………………………………………………………………………………………..🞏 Un Diagnostic 🞏 Un Accompagnement |

**IMMATRICULATION SÉCURITE SOCIALE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numéro de sécurité sociale de l’enfant***(si disponible)* |  |
| **Nom et prénom de l’assuré***(auquel l’enfant est rattaché)* |  |
| **Numéro de sécurité sociale de l’assuré***(auquel l’enfant est rattaché)* |  |

**Merci de nous fournir l’attestation de droits sécurité sociale du bénéficiaire**

**COORDONNÉES**

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

**VIE PROFESSIONNELLE, SCOLARISATION, GARDE, LOISIRS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MODE DE GARDE** | **OUI**  | **NON** |
| Crèche  |  |  |
| Garderie |  |  |
| Assistante maternelle |  |  |
| **SCOLARISATION** | **OUI** | **NON** |
| Ecole |  |  |
| Redoublement antérieur |  |  |
| Aménagement scolaireAESH ou autreDispositif |  |  |
| **Dossier MDPH :** 🞏 en cours 🞏 actif 🞏 aucun **Nature des notifications MDPH :****…………………………………………………………………………………………………………****Merci de nous transmettre les copies des décisions MDPH.****Votre enfant est-il sur une liste d’attente d’un établissement ou service :**…………………………………………………………………………………………………………Si oui, lequel :……………………………………………………………………………………………………….. |
| **VIE PROFESSIONNELLE/APPRENTISSAGE** | **OUI** | **NON** |
| En activité |  |  |
| Si oui, Nom de l’employeur/Coordonnées…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Niveau scolaire** : ………………………………………………….

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

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

**Enseignant ou professeur principal :**

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

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

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

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

**Quel suivi pour votre enfant ?**

Prises en charge libérales anciennes et/ou actuelles, si oui lesquelles :

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

Merci de nous transmettre les copies des bilans et compte rendus ……………………………………………………………………………………

*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.*

*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*