



## DOSSIER FAMILIAL

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : Fille  Garçon

Lieu : ..... Nationalité : .....

Adresse :  
.....  
.....

Photo de l'enfant

**Situation parentale :**

**Détenteur de l'autorité parentale**

Conjointe  Parent 1  Parent 2

Copie du livret de famille  
Ou copie intégrale de  
l'acte de naissance

Copie de la décision  
du Jugement des Affaires  
Familiales  
Si concerné

PARENT 1	PARENT 2
NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/>	NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Nom de jeune fille	Nom de jeune fille
Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Date de naissance : <input style="width: 20%;" type="text"/> à <input style="width: 20%;" type="text"/>	Date de naissance : <input style="width: 20%;" type="text"/> à <input style="width: 20%;" type="text"/>
Adresse (si différente de celle du mineur) : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Adresse (si différente de celle du mineur) : <input style="width: 90%;" type="text"/>
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Profession : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Profession : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Téléphone : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Téléphone : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Adresse mail : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Adresse mail : <input style="width: 90%;" type="text"/>

**Fratrie de l'enfant**




## DOSSIER FAMILIAL

### Qui vous a orienté vers la PCO

Nom : ..... Coordonnées : .....

Quel médecin suit votre enfant : .....

Avez-vous des interrogations concernant le développement de votre enfant Oui  Non

Si oui, précisez : .....

Un diagnostic a-t-il été évoqué ? .....

Votre enfant a-t-il un dossier MDPH en cours ..... Oui  Non

Avez-vous eu une notification MDPH ..... Oui  Non

**Autorisez-vous la PCO à communiquer avec la MDPH et à partager avec elle les bilans de la PCO et les notifications MDPH** ..... Oui  Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'une ALD..... Oui  Non

Motif : .....

### ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX : (parents – fratrie – cousins)

Certaines personnes ont-elles présenté des retards de développement (*Langage motricité apprentissages scolaires*) ou des troubles du neurodéveloppement (*troubles autistique, trouble attentionnel, troubles dys, retard global*)  
..... Oui  Non

Si oui, lesquels : .....

- Des maladies génétiques ..... Oui  Non

- Ont-ils eu un suivi spécialisé ..... Oui  Non

Si oui, lequel : .....

### ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE L'ENFANT :

A-t-il été suivi par un professionnel de santé ? .....

- Orthophoniste  Nom & Coordonnées .....

- Psychologue  Nom & Coordonnées .....

- Psychomotricien  Nom & Coordonnées .....

- Autre  Nom & Coordonnées .....

**Autorisez-vous la PCO à communiquer avec eux** ..... Oui  Non



## DOSSIER FAMILIAL

### HISTOIRE DÉVELOPPEMENTALE :

#### Langage, communication et socialisation :

Comment se fait-il comprendre des adultes (autres que ses parents) :

Par des mots  des gestes

Comment vous montre-t-il quelque chose :

Par la parole  en pointant  en vous prenant la main

Joue-t-il avec des enfants de son âge ? Oui  Non

Dit-il bonjour, au revoir, merci, spontanément ? Oui  Non

A-t-il un intérêt particulier pour certains jeux ou certains sujets ? Oui  Non

Si oui, précisez : .....

#### Psychomotricité :

Votre enfant est-il maladroit (pataud, chute souvent, renverse) ? Oui  Non

Peut-il s'habiller seul ? Oui  Non

Peut-il utiliser seul ses couverts ? Oui  Non

Fait-il des dessins ? Oui  Non

Fait-il des puzzles ? Oui  Non

Des jeux de construction ? Oui  Non

#### Sommeil / sensorialité /alimentation :

A-t-il du mal à s'endormir le soir ? Oui  Non  -

Se réveille-t-il la nuit ? Oui  Non

Lui arrive-t-il de venir dormir avec vous ? Oui  Non

Est-il gêné par des bruits ? Oui  Non

Est-il gêné par des odeurs ? Oui  Non

Avez-vous rencontré des difficultés pour la diversification alimentaire : Oui  Non

Si oui lesquelles : .....

A-t-il eu des difficultés pour manger des aliments en morceaux ..... Oui  Non

Y a-t-il des textures ou des catégories d'aliments qu'il ne mange pas ? Oui  Non

Si oui lesquelles : .....

À quel âge a-t-il été propre le jour/la nuit : .....



## DOSSIER FAMILIAL

### Régulation comportementale et émotionnelle :

- Votre enfant est-il agité ? Oui  Non
- Peut-il se mettre en danger ? Oui  Non
- Se met-il facilement en colère ? Oui  Non
- Peut-il devenir agressif ? Oui  Non
- Est-il bagarreur ? Oui  Non
- Est-il opposant pour les règles de la vie quotidienne ? Oui  Non
- Votre enfant est-il angoissé ? Oui  Non
- A-t-il du mal à se séparer de vous ? Oui  Non

### Quel a été son mode de garde avant l'école :

Crèche  Assistante familiale  Famille

Votre enfant est-il scolarisé :

Oui  Non

Déscolarisé depuis le :

Nom et adresse de l'école : .....

Classe fréquentée : .....

Votre enfant rencontre-t-il des difficultés à l'école ? ..... Oui  Non

Si oui lesquelles : .....

**Autorisez-vous la PCO à communiquer avec l'école de votre enfant** Oui  Non

### Remarques ou autres difficultés à signaler :




## DOSSIER FAMILIAL

Le parcours PCO peut être :

- Externe avec des professionnels libéraux conventionnés avec la PCO (paiement des professionnels via la PCO- Prise en charge financière CPAM)
- Mixte avec des structures de 2<sup>nd</sup>e ligne.

Si un parcours mixte est préconisé par la Plateforme de Coordination et d'Orientation, autorisez-vous le partage du dossier de votre enfant avec les structures partenaires de la PCO telles que : CMPEA<sup>1</sup>, CAMSP<sup>2</sup>, CMPP<sup>3</sup>, PND<sup>4</sup> : EDAP<sup>5</sup> ou EDDYS<sup>6</sup>, CRA<sup>7</sup> et CREDAH<sup>8</sup> : Oui  Non

Complété le ..... Par .....

Signature obligatoire des deux responsables légaux

---

<sup>1</sup> Centre Médico-Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent

<sup>2</sup> Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

<sup>3</sup> Centre Médico Psycho Pédagogique

<sup>4</sup> Pôle de NeuroDéveloppemental qui accueille les enfants dans les CMPP de l'association APAJH Gironde

<sup>5</sup> Equipe Diagnostic et d'Intervention Autisme de Proximité

<sup>6</sup> Equipe Diagnostic et d'Interventions DYS/TDAH pour les Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages (TSLA)

<sup>7</sup> Le Centre de Ressources Autisme d'Aquitaine s'adresse à toute personne atteinte d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement, ainsi qu'à leur famille résidant en (ancienne) Aquitaine. Evaluation diagnostique de cas complexes(niveau3)

<sup>8</sup> Centre de Référence Déficits Attention Hyperactivité : évaluation diagnostique de cas complexes(niveau3), expertise médicamenteuse et préconisations de prise en charge du TDA/H



# PÔLE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT



## Autorisation concernant les mineurs

Je soussigné ..... **Parent 1**

Je soussigné(e) ..... **Parent 2**

Je soussigné(e) ..... **TUTEUR**

### Titulaire de l'autorité parentale.

- Accepte la consultation au sein de la plateforme de coordination et d'orientation de la Gironde pour mon enfant mineur :

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

- Autorise les médecins du service à faire pratiquer les examens et bilans nécessaires sur sa personne
- Autorise les professionnels de la Plateforme à communiquer aux différents professionnels les informations concernant mon enfant et à les convier à la synthèse.
- Autorise les professionnels de la Plateforme à communiquer avec la MDPH.
- S'engage à honorer les rendez-vous fixés avec les professionnels
- En cas d'empêchement merci de penser à annuler votre rendez-vous à minima la veille
  - Dans le cas de deux rendez-vous non honorés, les forfaits précoces sont suspendus.
  - Les bilans et séances de suivi réalisés avant la validation de la Plateforme ne sont pas pris en charge

Fait à Bordeaux, le .....

Signature Parent 1

Signature Parent 2

Signature du tuteur

### NB

- En cas d'autorité parentale conjointe, l'autorisation écrite des deux parents est obligatoire
- Dans le cas d'autorité parentale exclusive, le parent ayant l'autorité de l'enfant devra fournir un justificatif



## Plateforme de Coordination et d'Orientation des Troubles Neuro-développementaux de la Gironde

### Pièces obligatoires à joindre au dossier :

- Le dossier familial complété
- Copie pièce d'identité des parents et de l'enfant (si existante) ;
- Copie livret de famille et/ou extrait acte de naissance avec filiation
- Copie attestation de sécurité sociale en cours ;
- Copie carte de mutuelle ;
- Copie jugement si concerné

*Si autorité parentale conjointe, nous avons l'obligation légale d'avoir le consentement du parent qui ne vit pas avec l'enfant pour effectuer les suivis.*

- Copie compte rendu des prises en charge de l'enfant si concerné (psychologique, Orthophonique...etc) ;
- Copie du carnet de santé de l'enfant (examens, surveillance médicale).