

PLATEFORME DE COORDINATION
ET D'ORIENTATION de la Savoie
7-12 ans
DOSSIER FAMILLE

PHOTO RÉCENTE DE
VOTRE ENFANT

Nom de votre enfant : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
Adresse de vie : _____
Comment avez-vous eu connaissance de la PCO ? _____
Pour quelle(s) raison(s) ? _____

COORDONNÉES DES PERSONNES RESPONSABLES

Parent 1 Merci de joindre une attestation de droit de votre organisme de sécurité sociale

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____ Mail : _____
N° CPAM : _____ Profession : _____

Parent 2 Merci de joindre une attestation de droit de votre organisme de sécurité sociale

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____ Mail : _____
N° CPAM : _____ Profession : _____

Tiers

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____ Mail : _____

LES ANTÉCEDENTS FAMILIAUX

(problème de santé, troubles des apprentissages et du langage, troubles attentionnels, trouble du Spectre Autistique etc...)

Parent 1

Parent 2

Fratrie

Famille élargie (grands-parents, oncle(s) et tante(s)...))

LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE L'ENFANT

Grossesse et naissance : (prématurité, faible poids, enfant adopté...) *Texte libre*

Antécédents d'hospitalisation et/ou problème de santé : OUI NON
Si oui, précisez :

Diagnostic TND posé : OUI NON

- Si oui, lequel : _____
- Par quel professionnel : _____

Traitements médicamenteux en cours : OUI NON
Si oui, précisez :

Votre enfant a-t-il eu une contrôle ORL OUI NON
 Votre enfant a-t-il eu un contrôle ophtalmologique OUI NON
 Acquisition de la propreté de jour de nuit
 A quel âge a-t-il été propre _____

LES CONDITIONS DE VIE

Situation parentale : _____

Garde alternée : OUI NON

Si oui, à quel rythme : _____

Nombre de frères et sœurs de votre enfant : _____

Mode de garde :

Assistante maternelle : OUI NON

Famille : OUI NON

Centre de loisirs : OUI NON

LA SCOLARITÉ

Établissement scolaire : _____ Classe : _____

Maintien de classe : OUI NON

- Si oui, laquelle : _____

Cantine : OUI NON

Périscolaire : OUI NON

Adaptations mises en place dans la scolarité :

- Temps partiel : Nombre d'heure : _____

• Intervention RASED : OUI NON

• Intervention AESH : OUI NON

 ✓ Notification AESH : OUI NON

Si oui : Individuelle Mutualisée

• Autres adaptations / soutien scolaire : OUI NON

Si oui, lesquels :

• PPRE PAP PAI PPS

- Supports d'apprentissage (polycopiés, table seule...) :

OUI NON

LES AIDES

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

LA VIE QUOTIDIENNE

Votre enfant :

- Dort bien : OUI NON
(temps d'endormissement, réveil nocturne, dort dans son lit, ...)
Souhaitez-vous rajouter des éléments : _____

- Présente des difficultés lors des repas : OUI NON
(sélectionne les aliments, bouge beaucoup, mange vite ou lentement, parle beaucoup...)
Si oui, précisez :

- Se montre autonome dans le quotidien : OUI NON
(s'habille, fait sa toilette, se lave les dents, utilise ses couverts, fait ses lacets...)
Si non, précisez :

- A besoin d'outils (ex : pictogrammes...) pour soutenir son autonomie au quotidien : OUI NON

✓ Si oui, lesquels ? _____

- Peut anticiper et organiser son espace et ses activités :
(range sa chambre, prépare son cartable, range ses affaires, met en place un jeu...)
OUI NON
- A des difficultés à limiter l'utilisation des écrans : OUI NON
(téléphone, télé, jeux...)
Pouvez-vous estimer le temps hebdomadaire ? _____
- Sait jouer seul : OUI NON
Si oui, à quel jeu joue-t-il ? _____

LE COMPORTEMENT ET LES COMPÉTENCES

Votre enfant :

- Se montre souvent agité : OUI NON
(a du mal à rester assis, se tortille, remue les mains et les pieds...)
- Se montre impatient et impulsif : OUI NON
(coupe la parole, ne peut pas attendre son tour, agit sans réfléchir, peut se mettre en danger)
- Cherche régulièrement les limites du cadre posé : OUI NON
- Exprime souvent son mécontentement par rapport aux contraintes qui sont imposées :
OUI NON
- Arrive à se concentrer, à maintenir son attention : OUI NON
- Peut mener à terme une activité : OUI NON
- Respecte les règles de la maison et de l'environnement :
OUI NON
- Accepte que les règles posées soient modifiées : OUI NON
- Exprime et gère ses émotions sans se laisser déborder :
OUI NON

- Montre-t-il des particularités sensorielles (rejet et/ou attirance) :
(aux bruits, à la lumière, aux odeurs, aux goûts, au touche..)

OUI NON

Si oui, lesquelles :

- A des sujets d'intérêts particuliers dont il parle beaucoup :

OUI NON

- Si oui, lesquelles : _____

- Est-il contrarié à l'excès par des changements dans sa routine ou ses habitudes :

OUI NON

- A confiance en ses capacités :

OUI NON

- Est-il en mesure de changer d'avis, de reconnaître une erreur ou d'accepter de perdre
aux jeux :

OUI NON

- Souhaitez-vous ajouter des éléments sur le comportement de votre enfant :

LA MOTRICITÉ, LE REPÉRAGE TEMPOREL ET SPATIAL

Votre enfant :

- Est à l'aise dans les activités physiques et sportives : OUI NON

7-12 ans

- Pratique une activité sportive ou culturelle extra-scolaire :

OUI NON

Si oui, laquelle : _____
- Est à l'aise avec les jeux de construction et les puzzles :

OUI NON
- Diriez-vous que votre enfant est maladroit (renverse les objets, se cogne, ...) :

OUI NON
- Se montre habile de ses mains dans des travaux minutieux :

OUI NON
- Aime dessiner :

OUI NON
- Écrit de manière lisible :

OUI NON
- Peut se repérer dans le temps (heures, semaine, saison, date) :

OUI NON
- Peut se repérer dans l'espace (lieux connus, lieux inconnus) :

OUI NON
- Peut se déplacer seul sur de petits trajets habituels (école...) :

OUI NON
- Souhaitez-vous ajouter des éléments sur la motricité, le repérage temporel et spatial :

LE LANGAGE ET LA COMMUNICATION

Votre enfant :

- Utilise un vocabulaire varié et approprié :

OUI NON
- Utilise des phrases compréhensibles :

OUI NON
- Articule bien lorsqu'il parle :

OUI NON
- Trouve facilement les mots pour s'exprimer :

OUI NON
- Comprend ce qui lui est dit ou demandé :

OUI NON

- Souhaitez-vous ajouter des éléments sur le langage et la communication :

LA RELATION AUX AUTRES

Votre enfant :

- | | | | | |
|-----------------------------------------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| • Entre en contact facilement avec les autres : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| • A des amis : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| • Est adapté dans ses relations aux autres : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| • Est invité chez des amis(es), à des anniversaires : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| • Regarde les autres dans les yeux : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| • Préfère être seul, évite les autres : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| • Donne l'impression d'être dans sa bulle : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| • Se retrouve régulièrement en conflits avec les autres : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| • Peut se montrer violent : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |
| • Si oui : | | | | |

- Avez-vous des inquiétudes par rapport aux apprentissages scolaires de votre enfant :
(la lecture, l'écriture, l'orthographe, les mathématiques, la mémorisation, la compréhension des consignes) OUI NON

Si oui, lesquelles :

- Au retour de l'école, trouvez-vous votre enfant fatigué : OUI NON
- Votre enfant se montre disponible pour les devoirs : OUI NON
 - ✓ Ce temps de travail scolaire est-il source de conflit : OUI NON
- Souhaitez-vous ajouter des éléments sur les apprentissages scolaires :

Fait le _____

Signature des parents :

A _____

SUIVIS ACTUELS OU PASSÉS

	NOM ET COORDONNÉES	PÉRIODE
Médecin généraliste :		
Pédiatre		
CMP		
Kinésithérapeute		
Orthophoniste		
Psychomotricien		
Ergothérapeute		
Orthoptiste		
Psychologue /Neuropsychologue		
Psychiatre/ Pédopsychiatre		
ORL		
Ophtalmologue		
Autre		

J'autorise l'équipe de coordination à échanger des informations avec les professionnels médicaux et paramédicaux de mon enfant

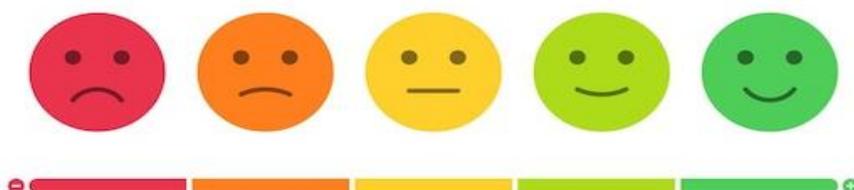
OUI

NON

L'ESPACE LIBRE DES PARENTS

- Comment décririez-vous votre enfant en quelques mots :

- Votre enfant vous semble-t-il heureux :
(entourez l'emoji qui correspond à votre ressenti)



- Communiquez-vous bien avec votre enfant : OUI NON
- Partagez-vous des moments de jeu et de complicité avec votre enfant : OUI NON
- Vous sentez-vous épuisé dans votre rôle de parents : OUI NON
- ✓ Si oui, quel est le retentissement sur votre vie familiale :

- Pensez-vous avoir besoin de soutien : ligne ou encadré ? voir avec caroline l'impact de cette question

L'ESPACE LIBRE DE L'ENFANT

- Te sens-tu heureux(se) :
(entoure celui qui correspond)



- Souhaites-tu nous faire un dessin ou nous écrire quelques mots :