

DOSSIER FAMILLE

0-7 ans

LISTE DES PIECES A FOURNIR

- **Attestation de droits CPAM** (à télécharger sur AMELI.FR)
- Notification(s) MDPH si vous en avez
- Copie des comptes rendus dont vous disposez.

COORDONNEES DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE

NOM : Prénom : Sexe : F ☐ - G ☐

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° Sécurité sociale de l'enfant :

Nom et prénom de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché) :

Numéro de sécurité sociale de l'assuré :

Caisse d'assurance maladie (CPAM, MSA, MGEN, ...) :

Nom mutuelle :

Parent 1

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Tél portable :

Mail (obligatoire) :

Activité professionnelle :

Parent 2

NOM : Prénom :

Adresse (si différente) :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Tél portable :

Mail (obligatoire) :

Activité professionnelle :

Détenteur de l'autorité parentale : ☐ Conjointe (Parent 1 + Parent 2) ☐ Parent 1 ☐ Parent 2

☐ Autre (à préciser) :

Est-ce qu'un des parents est salarié de la SNCF ? ☐ Oui ☐ Non

PARCOURS ACTUEL DE L'ENFANT

L'enfant est-il actuellement accompagné en CAMSP, en CMP ou en CMPP ? ☐ Oui ☐ Non

Nom et coordonnées de la structure :

Médecin référent :

En-a-t-il bénéficié par le passé ? ☐ Oui ☐ Non

Nom et coordonnées de la structure :

Médecin référent :

L'enfant est-il actuellement inscrit sur la liste d'attente d'un CAMSP, d'un CMP, ou d'un CMPP ?

☐ Oui ☐ Non

Nom de la structure où l'enfant est inscrit sur liste d'attente :

Date de l'inscription sur liste d'attente :

Date prévisionnelle d'intégration :

Par quel médecin l'enfant est-il orienté vers la plateforme ?

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Messagerie sécurisée :

☐ Pédiatre ☐ Généraliste ☐ Médecin scolaire ☐ PMI ☐ CAMSP ☐ CMP ☐ CMPP

Pour quelles raisons ?

.....

DROITS MDPH/ ALLOCATIONS

Un dossier MDPH a-t-il déjà été élaboré pour l'enfant ? ☐ OUI, n° de dossier : ☐ NON

☐ En cours d'instruction, date de dépôt du dossier :

Objet de la demande en cours :

.....

Coordonnées du professionnel ayant accompagné l'élaboration du dossier :

DROITS MDPH EN COURS DE VALIDITE :

☐ AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé)

☐ Complément d'AEEH Catégorie 1,2 ,3, 4, 5, 6 :

☐ PCH (Prestation de compensation du handicap) : Type

☐ AVS (Auxiliaire de vie scolaire)

☐ Orientation vers une structure (accueil de jour, SESSAD, etc.) :

☐ AJPP (Allocation Journalière de Présence Parentale)

ENVIRONNEMENT FAMILIAL

Remarques particulières concernant l'environnement familial de l'enfant (événements majeurs, etc.) :

.....

.....

L'un des parents a-t-il été contraint de réduire son activité professionnelle ?

☐ OUI ☐ NON

Description du mode d'hébergement ou de garde (chez ses deux parents, en garde alternée, modalités...)

.....

.....

.....

Nombre de frères et sœurs (Préciser pour chacun le nom, prénom, sexe et date de naissance) :

.....

.....

.....

Un autre membre de la famille a-t-il présenté les mêmes difficultés dans son développement ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, qui ? Quels types de difficultés ? Un diagnostic est-il connu ? :

.....

.....

ANTECEDENTS MEDICAUX

ANTECEDENTS D'HOSPITALISATION, DE PROBLEMES DE SANTE :

☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :

.....

.....

.....

GROSSESSE ET NAISSANCE : grossesse gémellaire, prématurité, faible poids, enfant adopté, procréation médicalement assistée, ...

.....

.....

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX EN COURS :

☐ OUI ☐ NON

Si oui précisez :

.....

.....

.....

SCOLARITE ET MODALITES D'ACCUEIL DE L'ENFANT

Scolarisation : ☐ Oui ☐ Non

Niveau fréquenté : Nombre d'heures par semaine :

Type de classe : ☐ Ordinaire ☐ Autres :

Redoublement antérieur :

Noms et coordonnées de l'école :

.....

Votre enfant rencontre-t-il des difficultés au cours de sa scolarité ? ☐ Oui ☐ Non

Ces difficultés concernent :

☐ Son comportement ?

☐ L'attention ?

☐ Le langage ?

☐ Ses relations avec les autres ?

☐ Les apprentissages scolaires ?

☐ La lecture-l'orthographe

☐ L'écriture

☐ Les mathématiques

L'enfant bénéficie-t-il de l'accompagnement d'un(e) AVS/EVS ? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que l'enfant bénéficie d'une aide spécifique au sein de son école ? (Aménagement de son emploi du temps, dispositif RASED, Dispositif Réussite Educative, matériel, etc.)

.....

Modalités d'accueil de l'enfant en dehors du domicile et de l'école :

Crèche/garderie ☐ OUI ☐ NON

Assistante maternelle ☐ OUI ☐ NON

L'enfant rencontre-t-ils des difficultés dans ces lieux d'accueil ? ☐ Oui ☐ Non

.....

Si certaines questions ne concernent pas votre enfant, vous pouvez ne pas y répondre.

SOMMEIL PROPRETE		
VOTRE ENFANT		
Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes) ? ☐ OUI ☐ NON		
Votre enfant est-il propre ?	Le jour : ☐ OUI ☐ Non	La nuit : ☐ OUI ☐ NON
Depuis quel âge ?		

LANGAGE COMMUNICATION	
VOTRE ENFANT	JE NE SAIS PAS --> ☐ NSP
Parle-t-il fort ou vous-fait-il répéter régulièrement ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Entend-il mal ou monte-t-il le son de la télévision ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
A-t-il (ou a-t-il eu) des difficultés pour s'exprimer ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Comprend-il les consignes orales (quand vous lui parlez) ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Peut-il associer 2 mots « papa pati », « veux gato », « pas dodo » ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Peut-il faire des petites phrases ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
S'intéresse-t-il à ce que vous lui montrez ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Peut-il vous faire comprendre ce qu'il veut en vous regardant, puis en pointant du doigt et du regard vers l'objet ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Peut-il faire des jeux de faire semblant : jouer à la dinette, à bricoler, à faire le ménage... ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Vous semble-t-il comprendre le sens figuré, les expressions au 2d degré ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Vous paraît-il avoir le sens de l'humour comme des enfants de son âge ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Peut-il dire des petits mensonges dans la vie quotidienne, comme un enfant de son âge ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Peut-il répéter en écho vos fins de phrases ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Vous semble-t-il avoir son propre langage, non compréhensible par d'autres personnes ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

INTERACTIONS SOCIALES ET JEUX	
VOTRE ENFANT	JE NE SAIS PAS --> ☐ NSP
Votre enfant évite-t-il de regarder dans les yeux ses interlocuteurs ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Sourit-il quand on lui sourit ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
A-t-il de nombreuses expressions faciales ? (joie, tristesse, surprise, colère, dégoût, peur, plaisir ?)	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
A-t-il du mal à se faire des copains, à les garder ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Peut-il réagir en comprenant votre mimique de visage ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
A-t-il tendance à s'isoler (en classe ou à la maison) ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Peut-il jouer seul dans une pièce ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Est-il timide ? voire renfermé ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Peut-il tenir compte des conventions sociales, et ne pas dire par exemple des paroles blessantes pour autrui sans s'en rendre compte ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
En regard à une tristesse exprimée face à lui, votre enfant va-t-il spontanément vouloir consoler la personne ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Paraît-il parfois bizarre dans ses propos ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

HABILETES MOTRICES ET REPERAGE TEMPOREL ET SPATIAL

Age de la tenue assise sans aide :
Age de la marche sans aide :
VOTRE ENFANT

Connait-il les notions comme « dedans, dehors, dessus, dessous » ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Vous paraît-il maladroit ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
A-t-il des difficultés pour courir (lent, trébuche souvent, pataud) ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Marche-t-il sur la pointe des pieds ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
A-t-il des difficultés dans les activités motrices (marelle, corde à sauter) ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Sait-il faire du vélo sans petites roues ? Si oui depuis quel âge ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
A-t-il des difficultés pour certains sports (individuels ou collectifs) ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
A-t-il des difficultés pour s'habiller ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
A-t-il des problèmes pour organiser ses affaires d'école ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Est-il à l'aise avec l'utilisation des couverts pour manger ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Est-il à l'aise dans l'utilisation des outils scolaires ? (ciseaux, règle)	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Aime-t-il dessiner ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Ecrit-il mal ou lentement ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Est-il à l'aise avec les puzzles et les activités de construction (kaplas, légos) ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Est-il attiré par les activités manuelles (gommettes, pâte à modeler, bricolage) ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Connait-il la droite et la gauche sur autrui ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Se repère-t-il dans les jours de la semaine ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

COMPORTEMENT

VOTRE ENFANT

Est-il contrarié à l'excès par des changements dans sa routine ou ses habitudes ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
A-t-il des mouvements anormaux ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Si oui, lequel ? (<i>balancements, tourne sur lui-même, mouvements répétitifs des bras, etc</i>)	
Bouge-t-il tout le temps ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Se met-il souvent en danger ? (risques inconsidérés) ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Se montre-t-il le plus souvent étourdi (oubli, perte de ses affaires personnelles) ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Peut-il attendre son tour quand il joue ou pour parler ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Peut-il mener à son terme une activité prolongée ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Se met-il en colère à la moindre contrariété ou est-il bagarreur ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Se montre-t-il opposant pour les règles de la vie quotidienne ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Est-il habituellement gêné par des bruits, des odeurs, des textures d'aliments ou certaines sensations cutanées ? Si oui lesquelles ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
A-t-il des difficultés pour rester assis à table le temps du repas ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Est-il très sélectif au niveau alimentaire ? (exemple : ne mange-t-il que des pâtes ou des aliments d'une seule couleur ?)	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Votre enfant est-il fasciné par un sujet particulier ou inhabituel dont il est devenu « expert » ? (planètes, dinosaures, etc.)	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Passe-t-il à votre avis trop de temps devant la télévision, l'ordinateur ou les jeux vidéos ?	☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
Combien de temps par jour :	

A transmettre par courrier à l'adresse suivante : **PCO TND EPSM AL, BP 4, 59871 Saint André Lez-Lille Cedex**

Ou en utilisant le lien sécurisé suivant : <https://bluefiles.com/santnumeriquehdf/pco-tnd-contact> au format PDF

VIE AFFECTIVE ET EMOTIONNELLE

JE NE SAIS PAS --> ☐ NSP

VOTRE ENFANT

Est-il souvent angoissé ?

☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

Exprime-t-il de la tristesse ?

☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

Si oui : à quel moment ?

Exprime -t-il des peurs et/ou des préoccupations gênant sa vie quotidienne :
sur la saleté, les microbes, ou l'ordre par exemple ?

☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

Exprime-t-il souvent des inquiétudes à votre égard ou sur sa santé physique ?

☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

Refuse-t-il de partir plusieurs jours chez une autre personne que les parents ?
(grands-parents, amis, famille)

☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

Va-t-il jouer volontiers ? (ou faut-il systématiquement l'encourager) ?

☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

Est-ce que votre enfant se dévalorise (je n'y arriverai jamais, je suis nul...) ?

☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

Si oui : à quels moments ?

Les difficultés éventuelles signalées dans les questions précédentes retentissent-elles dans la vie quotidienne à la maison ?

☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

Si OUI, de quelle façon :

Remarques, difficultés, comportements que vous auriez observés et qui vous interrogent :

[illegible]

QUELS SONT LES PROFESSIONNELS DE SANTE IMPLIQUES DANS LE SUIVI DE L'ENFANT ?

	NOM/COORDONNEES	Depuis quand ?
☐ Médecin généraliste		
☐ Pédiatre		
☐ Pédopsychiatre		
☐ Neuropédiatre		
☐ ORL		Bilan effectué ☐
☐ Ophtalmologue		Bilan effectué ☐ Port de lunettes ☐
☐ Kinésithérapeute		Bilan : effectué ☐ en cours ☐ Rééducation en cours ☐ Début du suivi :
☐ Orthophoniste		Bilan : effectué ☐ en cours ☐ Rééducation en cours ☐ Début du suivi :
☐ Psychomotricien		Bilan : effectué ☐ en cours ☐ Rééducation en cours ☐ Début du suivi :
☐ Ergothérapeute		Bilan : effectué ☐ en cours ☐ Rééducation en cours ☐ Début du suivi :
☐ Orthoptiste		Bilan : effectué ☐ en cours ☐ Rééducation en cours ☐ Début du suivi :
☐ Psychologue		Bilan : effectué ☐ en cours ☐ Rééducation en cours ☐ Début du suivi :
☐ Médecin scolaire		
☐ Psychologue scolaire		Bilan : effectué ☐ en cours ☐ Début du suivi :

Merci de joindre les comptes-rendus dont vous disposez

L'enfant a-t-il bénéficié de rééducation dans le passé (kinésithérapie, orthophonie, etc) ?

.....

.....

.....

A transmettre par courrier à l'adresse suivante : **PCO TND EPSM AL, BP 4, 59871 Saint André Lez-Lille Cedex**

Ou en utilisant le lien sécurisé suivant : <https://bluefiles.com/santnumeriquehdf/pco-tnd-contact> au format PDF

TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

En tant que responsable du traitement des données qu'il collecte, l'EPSM de l'Agglomération Lilloise s'engage à respecter le cadre des dispositions légales en vigueur notamment Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).

Les données recueillies dans ce formulaire, et dans la suite du parcours, le sont dans le cadre de la prise en charge de votre enfant. La demande de consentement, ci-après, détaille l'ensemble des professionnels et des organismes pouvant être destinataire des données traitées lors de cette prise en charge. Ce document ne pourra pas être communiqué à des tiers sans votre consentement

Vous pouvez à tout moment accéder aux données vous concernant, retirer votre consentement ou demander l'effacement de vos données. Vous disposez également d'un droit d'opposition sous réserve de motif légitime, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Les informations recueillies dans ce document sont confidentielles. Pour permettre qu'elles soient jointes au dossier de votre enfant lorsqu'il sera transmis au médecin de la plateforme, vous pouvez le remettre (ou l'envoyer) à votre médecin ou au médecin de l'Éducation nationale.

Si une réunion d'équipe éducative est organisée, vous pouvez vous munir de ce document pour y assister et choisir les informations que vous acceptez de partager avec les autres participants de cette réunion.

Si vous souhaitez parler du contenu de ce questionnaire au moment où vous le renseignez, vous pouvez le remplir avec votre médecin pendant une consultation de repérage des troubles de l'enfant (CTE) d'une durée plus longue qu'une consultation habituelle (parlez-en à votre médecin).

Pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données des établissements du GHT Psychiatrie Nord Pas-de-Calais en joignant une pièce d'identité à votre demande à l'adresse suivante (**ne pas envoyer de documents à caractère confidentiel**)

Délégué à la protection des données (DPO)
GHT Psychiatrie Nord Pas-de-Calais
Direction Générale
EPSM Lille Métropole
104 rue du Général Leclerc
59280 Armentières
protection.donnees@ghtpsy-npdc.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL (cf. www.cnil.fr).

CONSENTEMENT DE LA FAMILLE (A SIGNER AU DOS DU DOCUMENT)

En sollicitant la plateforme, je l'autorise :

- A centraliser les informations collectées dans le cadre du parcours de soin de mon enfant dans un dossier numérique individualisé
- A transmettre certaines informations aux organismes financeurs de la plateforme (coordonnées administratives, nature et état du parcours préconisé, etc.)
- A transmettre et/ou échanger des informations relatives au dossier médical et social de mon enfant (grille de repérage, questionnaire d'informations, compte(s)-rendu(s) de bilans d'évaluation, compte(s)-rendu(s) d'interventions, courrier(s) médical(aux), compte(s)-rendu(s) de synthèse(s) pluridisciplinaire(s), etc.) avec les différents professionnels qui seront impliqués dans son parcours de soin, à savoir :
 - Les médecins (traitant, médecin ayant adressé l'enfant à la plateforme, médecin référent au sein d'une structure spécialisée partenaire, médecin scolaire, spécialistes, etc.)
 - Les différents professionnels sociaux et paramédicaux exerçant au sein de structures partenaires signataires de la convention constitutive de la plateforme
 - Les professionnels paramédicaux libéraux ayant contractualisé avec la plateforme dans le cadre du versement du forfait « Bilan et intervention précoce » (ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues). Certaines séances peuvent être déduites du forfait pour leur participation aux réunions de l'école ou de la plateforme (synthèse)
 - Les autres professionnels paramédicaux n'ayant pas spécifiquement contractualisé avec la plateforme (orthophoniste, kinésithérapeute, etc.).
- A communiquer avec l'équipe enseignante dans le cadre d'une réunion d'équipe pluridisciplinaire (ESS, etc.)
- A donner accès au dossier numérique de mon enfant, lorsque cela sera possible, aux professionnels impliqués dans son parcours et partenaires de la plateforme
- A utiliser les données collectées, de façon anonyme, à des fins d'études statistiques

Réserves particulières :

.....

.....

.....

Date :

Nom du représentant légal 1

Signature

Nom du représentant légal 2

Signature