

## DOSSIER FAMILLE

Cadre réservé à la PCO

 0-7 ans 7-12 ans

### LISTE DES PIECES A FOURNIR

- **Attestation de droits CPAM** (obligatoire - à télécharger sur AMELI.FR)
- **Notification(s) MDPH**
- Copie des comptes rendus dont vous disposez (médicaux, orthophoniste, psychomotricité, ergothérapie, ...)

### 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 (Régime Général, 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 DE SOINS DE L'ENFANT

- ◆ **L'enfant est-il actuellement accompagné en :** CAMSP ?  Oui  Non  
 CMP ?  Oui  Non  
 CMPP ?  Oui  Non

Si **Oui**, nom et coordonnées de la structure : .....  
 Nom du Médecin et/ou Professionnel référent de l'enfant sur la structure : .....

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

Si **Oui** lequel : CAMSP  CMP  CMPP

Si **Oui**, nom et coordonnées de la structure : .....  
 Nom du médecin référent de la structure : .....

- ◆ **Votre enfant est-il actuellement inscrit sur la liste d'attente ?** CAMSP  Oui  Non  
 CMP  Oui  Non  
 CMPP  Oui  Non

Si **Oui** nom de la structure où l'enfant est inscrit sur liste d'attente : .....

Date de l'inscription sur liste d'attente : .....  
 Date prévisionnelle d'accompagnement : .....

- ◆ **Par quel médecin votre enfant est-il adressé vers la plateforme PCO ?**

Pédopsy de ville Neuro et Pédiatre  Généraliste  Médecin scolaire - Médecin de :  PMI  CAMSP   
 CMP  CMPP autre

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Messagerie sécurisée : .....

## DROITS MDPH/ ALLOCATIONS

- ◆ **Un dossier a-t-il déjà été déposé à la MDPH ?**  OUI : n° de dossier : .....  NON

- ◆ **Si Oui, quels sont les droits accordés ? :**

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 :

AESH (Accompagnant Elève en Situation de Handicap) : ..... Nombre heures/semaine : .....

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

AJPP (Allocation Journalière de Présence Parentale)

Coordonnées du professionnel ayant accompagné à la constitution du dossier : .....

En cours d'instruction - date de dépôt du dossier :     /     /

## ENVIRONNEMENT FAMILIAL

◆ **Votre enfant vit-il ? :**

**Chez ses 2 parents**

**Chez l'un des parents** : Père  Mère  Garde simple  Garde alternée

**Chez un membre de la famille**

Nom : Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

**Chez une assistante familiale ou tiers responsable (réfèrent ASE)**

Nom : Prénom : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

**En structure d'accueil (foyer, pouponnière...) :**

Nom du foyer : .....

Nom du réfèrent : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

**Autres** Veuillez préciser :

Nombre d'adultes vivant à la maison : .....

Nombre d'enfants vivant à la maison : .....

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

.....

.....

.....

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

◆ **Votre enfant a-t-il un suivi social ou éducatif en cours ?** OUI  NON

Si oui, par quel service : ..... Depuis quand : .....

Nom et fonction de votre réfèrent : .....

Quelle est la fréquence du suivi ? .....

◆ **A-t-il bénéficié d'un suivi social ou éducatif par le passé ?** OUI  NON  Si Oui, précisez :

.....

.....

## ANTECEDENTS MEDICAUX

◆ **ANTECEDENTS D'HOSPITALISATION OU PROBLEMES DE SANTE de votre enfant** :  OUI  NON

Si Oui, précisez :

.....

.....

.....

◆ **GROSSESSE ET NAISSANCE** : grossesse gémellaire, prématurité, faible poids, enfant adopté, procréation médicalement assistée (précisez) :

.....

.....

◆ **TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX EN COURS** :  OUI  NON

Si oui précisez :

.....

.....

◆ **Un autre membre de la famille a-t-il présenté des difficultés dans son développement ?**  OUI  NON

Si oui, qui ? Quels types de difficultés ? Un diagnostic a-t-il été posé ? :

.....

.....

.....

## SCOLARITE ET MODE de GARDE DE VOTRE ENFANT

◆ **Votre enfant est-il scolarisé ?** :  Oui  Non - Si non pourquoi ? : .....

Si **Oui**, quelle classe : ..... Nombre d'heures par semaine : .....

Type de classe :  Ordinaire  Autres (ULIS, UEMA, SEGPA,...) : .....

Nom de l'école et coordonnées : .....

Votre enfant bénéficie-t-il de l'accompagnement d'un(e) AESH ?  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.) :

.....

**A-t-il Redoublé une classe** :  Oui  Non Si Oui, quelle classe :

.....

◆ **Si Non, quel est le mode de garde en dehors de l'école ?** :

Crèche/garderie :  OUI  NON

Assistante maternelle :  OUI  NON

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

Domicile :  OUI  NON

L'enfant rencontre-t-ils des difficultés dans ces lieux d'accueil ?  Oui  Non Si Oui, précisez :

.....

.....

.....

## MOTIFS DE LA DEMANDE

◆ Quelles sont vos inquiétudes ? : .....

.....

◆ Votre enfant présente-il des : (Veuillez cocher la ou les cases correspondantes, entourer le ou les réponses et préciser si d'autres symptômes :

**Troubles du comportement**

- Agitation, instabilité
- Colère, opposition
- Intolérance à la frustration
- Contrariétés par rapport aux changements
- Agressivité contre les autres, contre lui-même
- Fascination pour un sujet particulier ou inhabituel
- Autre (précisez) : .....

**Troubles de la relation**

- S'isole, dans sa bulle
- Ne répond pas à son prénom
- Éviter de regarder dans les yeux des autres
- Se faire comprendre en vous regardant ou en pointant du doigt vers l'objet désiré
- Difficulté à se faire des copains ou copines
- Autre (précisez) : .....

**Troubles du langage**

- Retard de langage
- Difficulté de communication
- Répète la fin des phrases
- Langage incompréhensible, a son propre langage
- Autre (précisez) : .....

**Troubles des fonctions instinctuelles**

- Difficulté alimentation : sélectivité alimentaire, aversion pour certaines textures, surveillance son poids, anorexie
- Troubles du sommeil : insomnies, réveils nocturnes, cauchemars
- Troubles de l'acquisition de la propreté : le jour, la nuit, la nuit et le jour
- Autre (précisez) : .....

**Troubles de la motricité**

- Maladresse, chute
- Mouvements anormaux : balancements, tourne sur lui-même, mouvements anormaux des mains
- Troubles de la motricité fine : difficultés à écrire
- Difficultés pour organiser ses affaires d'école
- Difficultés pour s'habiller – pour sa toilette
- Difficultés pour utiliser ses couverts à table

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

Autre (précisez) : .....

**Troubles des apprentissages, retard scolaire**

- Lecture
- Écriture
- Mathématiques
- Autre (précisez) : .....

**Troubles de l'attention et de la concentration**

- Difficultés à se concentrer sur une tâche ou une activité
- Ne pas suivre les consignes données
- Oublie souvent les choses
- Répond trop vite
- Est toujours en mouvement

**Troubles de l'humeur**

- Tristesse, pleurs
- Idées noires
- Autre (précisez) : .....

**Refus scolaire**

Y a-t-il des conséquences sur la vie de famille : oui  non  Si oui, depuis quand ? :

**L'enfant passe combien de temps par jour devant les écrans** (télévision, tablette, ordinateur, téléphone portable)

- Actuellement :
- Par le passé :

Y a-t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez porter à notre connaissance ?  OUI  NON

.....

.....

.....

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

OUI  NON

Si OUI, de quelle façon : .....

.....

.....

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

.....

.....

.....

QUELS SONT LES PROFESSIONNELS DE SANTE IMPLIQUES DANS LE SUIVI DE L'ENFANT ?		
	NOM – ADRESSE - TELEPHONE	Depuis quand ?
<input type="checkbox"/> Médecin généraliste		
<input type="checkbox"/> Pédiatre		
<input type="checkbox"/> Pédopsychiatre		
<input type="checkbox"/> Neuropédiatre		
<input type="checkbox"/> ORL		Bilan effectué <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ophtalmologue		Bilan effectué <input type="checkbox"/> Port de lunettes <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute		Bilan : effectué <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Rééducation en cours <input type="checkbox"/> Début du suivi :
<input type="checkbox"/> Orthophoniste		Bilan : effectué <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Rééducation en cours <input type="checkbox"/> Début du suivi :
<input type="checkbox"/> Psychomotricien		Bilan : effectué <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Rééducation en cours <input type="checkbox"/> Début du suivi :
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute		Bilan : effectué <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Rééducation en cours <input type="checkbox"/> Début du suivi :
<input type="checkbox"/> Orthoptiste		Bilan : effectué <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Rééducation en cours <input type="checkbox"/> Début du suivi :
<input type="checkbox"/> Psychologue		Bilan : effectué <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Rééducation en cours <input type="checkbox"/> Début du suivi :
<input type="checkbox"/> Médecin scolaire		
<input type="checkbox"/> Psychologue scolaire		Bilan : effectué <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> 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](mailto: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](http://www.cnil.fr)).

## CONSETEMENT DE LA FAMILLE (A SIGNER EN BAS 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