

QUESTIONNAIRE FAMILLE- DEMANDE DE PARCOURS PCO

Ce document est complémentaire du formulaire d'adressage rempli par votre médecin. Les deux sont nécessaires pour l'étude du dossier de votre enfant.

Lors des consultations dans le cadre de la PCO, merci de ramener les différents bilans en votre possession ainsi que le carnet de santé de votre enfant.

Pour la PCO, Dr Schneider

Nom de l'enfant : ----- Prénom de l'enfant : -----

Date de naissance : -----Lieu de naissance : -----

Adresse postale 1 :

Adresse postale 2 :

Téléphone :Mail :

Questionnaire rempli par : père : mère : les deux :

Pour quelles raisons vous a-t-on proposé de contacter la plateforme ?

		OUI	NON
Le comportement ?			
L'attention ?			
Les apprentissages	Le langage :		
	Lecture – Orthographe :		
	Écriture :		
	Mathématiques :		

Merci de préciser :

.....

.....

.....

Socialisation :

MODE DE GARDE

Crèche : Nom de la structure :		
Garderie : Nom de la structure :		
Assistante maternelle	oui	non
Autres :	oui	non

SCOLARISATION

Nom de l'école :		
Classe fréquentée :		
Votre enfant a-t-il été maintenu dans une section antérieure durant sa scolarité ?	oui	non
RASED (réseau d'aide spécialisée aux enfants en difficulté)	oui	non

Aides :

		Demande en cours	Demande étudiée	Pas de Demande
M D P H	AEEH (allocation d'éducation pour enfant handicapé)	<input type="checkbox"/> Précisez la date de la demande :	Attribuée : <input type="checkbox"/> Joindre copie de la notification Refus : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PCH (prestation de compensation du handicap)	<input type="checkbox"/> Précisez la date de la demande :	Attribuée : <input type="checkbox"/> Joindre copie de la notification Refus : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AESH (accompagnement élève en situation de handicap)	<input type="checkbox"/> Précisez la date de la demande :	Attribuée : <input type="checkbox"/> Joindre copie de la notification Refus : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É C O L E	PAP (plan d'accompagnement personnalisé)	<input type="checkbox"/> Précisez la date de la demande :	En place depuis :	<input type="checkbox"/>
	PPRE (projet personnalisé de réussite éducative)	<input type="checkbox"/> Précisez la date demande :	En place depuis :	<input type="checkbox"/>
	PAI (plan accueil individualisé)	<input type="checkbox"/> Précisez la date demande :	En place depuis :	<input type="checkbox"/>
C A F	AJPP (allocation journalière de présence parentale)	<input type="checkbox"/> Précisez la date de la demande :	Refus : <input type="checkbox"/> Date : Attribuée : <input type="checkbox"/> Date :	<input type="checkbox"/>

Traitements en cours : OUI : NON :

Si oui, précisez :

Antécédents d'hospitalisation et/ou problème de santé : OUI : NON :

Si oui, détaillez :

Votre enfant a-t-il eu un contrôle ORL ? OUI : NON :

Votre enfant a-t-il eu un contrôle ophtalmologique ? OUI : NON :

Votre enfant a-t-il déjà vu un neuropédiatre ? OUI : NON :

Situation parentale :

Parents vivant dans le même foyer Famille monoparentale Famille recomposée

Événements familiaux : OUI : NON :

Si oui, précisez :

En sollicitant la plateforme, j'autorise l'équipe de coordination à échanger des informations concernant le suivi de mon enfant avec les professionnels médicaux et paramédicaux de celui-ci.

A transmettre à la Plateforme de Coordination et d'Orientation.

Le :

Signature de la mère :

Signature du père :