

QUESTIONNAIRE FAMILLE- DEMANDE DE PARCOURS PCO 67

Ce document est complémentaire du formulaire d'adressage rempli par votre médecin. Les deux sont nécessaires pour l'étude du dossier de votre enfant. Il doit être signé de façon préférable par les deux parents. Il est préférable que les deux parents signent. **Merci de joindre une attestation de sécurité sociale**

Les informations recueillies sont enregistrées et transmises au service en charge de traiter cette demande. Elles ne sont pas conservées au-delà de la durée légale réglementaire. Pour complément d'information concernant l'exercice de vos droits :

Politique de confidentialité : site de l'Apedi Alsace

PCO Apedi Alsace : pco67.0-6@apedi-alsace.fr

Réclamation CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :
 Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
 Questionnaire rempli par : père : mère : les deux :

COORDONNEES

	Mère	Père
<u>Nom et Prénom</u>		
<u>Adresse postale</u>		
<u>Téléphone</u>		
<u>Adresse mail</u>		
<u>Profession</u>		

SITUATION PARENTALE

Parents vivant dans le même foyer Parents séparés

EVENEMENTS FAMILIAUX

OUI : NON :

Si oui, précisez :-----

MODE DE DEPLACEMENTS

	Mère			Père		
<u>Voiture personnelle</u>	Oui	Non		Oui	Non	
<u>Durée maximale de trajet pour un bilan</u>	-30 min	30 min à 45mn	+de 45mn	- 30 min	30 min à 45mn	+de 45mn

Pour quelles raisons avez-vous été invité à contacter la plateforme ?

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

Merci de préciser vos préoccupations :.....

MODE DE GARDE	
Crèche/garderie OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>	Assistante Maternelle : OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>
SCOLARISATION	
Ecole : OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>	Classe : <input type="text"/> Redoublement : OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>
Nom et adresse de l'école	

MDPH : merci de nous joindre les notifications

SESSAD (Service d'éducation spéciale et de soins à domicile)	OUI : <input type="checkbox"/>	NON : <input type="checkbox"/>
IME (Instituts Médico-Éducatifs)	OUI : <input type="checkbox"/>	NON : <input type="checkbox"/>
Autres notifications d'orientation	OUI : <input type="checkbox"/>	NON : <input type="checkbox"/>

Suivis actuels : les mails sont indispensables pour joindre les professionnels

Professionnels	Nom/ Prénom	Coordonnées : mail de préférence
Orthophoniste		
Kinésithérapeute		
Orthoptiste		
Pédiatre		
Médecin traitant		
Autre		

Traitements médicamenteux en cours : OUI : NON :

Si oui, précisez :

.....

Antécédents d'hospitalisation et/ou problèmes 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 :

IMPORTANT :

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 :