

**QUESTIONNAIRE FAMILLE- DEMANDE DE PARCOURS PCO 67 0-6**

Ce document est complémentaire du formulaire d'adressage rempli par votre médecin. Il doit être signé de façon préférable par les deux parents.

*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](mailto: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
<b><u>Nom et Prénom</u></b>		
<b><u>Adresse postale</u></b>		
<b><u>Téléphone</u></b>		
<b><u>Adresse mail</u></b>		
<b><u>Profession</u></b>		

**SITUATION PARENTALE**

Parents vivant dans le même foyer       Parents séparés       Famille monoparentale

-----

**EVENEMENTS FAMILIAUX**

OUI :       NON :

Si oui, précisez : -----

**MODE DE DEPLACEMENT**

	Mère		Père	
<b><u>Voiture personnelle</u></b>	Oui	Non	Oui	Non

**Pour quelles raisons avez-vous été invité à contacter la plateforme concernant votre enfant ?**

	OUI	NON
Le comportement ?		
L'attention ?		
Le langage ?		
La communication ?		
Le développement moteur ?		
Les apprentissages ?		

**Merci de préciser vos préoccupations :**

.....

.....

.....

.....

.....

**MODE DE GARDE/LIEU DE SOCIALISATION**

**Crèche/Multi Accueil** OUI :  NON :  **Assistante maternelle** : OUI :  NON :

**SCOLARISATION**

**Ecole** : OUI :  NON :  **Classe** :  **Maintien scolaire** : OUI :  NON :

**Nom et adresse de l'école :**

**MDPH : Merci de nous joindre les notifications le cas échéant**

Notifications MDPH effectives

OUI :  NON :

Merci de préciser la dénomination exacte des notifications figurant sur votre courrier :

.....

.....

.....

.....

.....

**Suivis en cours : les mails sont indispensables pour joindre les professionnels**

<b>Professionnels</b>	<b>Nom/ Prénom</b>	<b>Coordonnées : mail de préférence</b>
Orthophoniste		
Kinésithérapeute		
Orthoptiste		
Pédiatre		
Médecin traitant		
Autre(s)		

**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 PCO 67 0-6 ;

- 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.
- J'autorise les professionnels de la PCO à prendre contact avec l'école, la crèche, le multi accueil... : OUI :  NON :

Le : .....

Signature de la mère :

Signature du père :