



## DOSSIER FAMILLE

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° Sécurité sociale :

Médecin Prescripteur :

Etablissement de rattachement :

Motif(s) de l'adressage :

## COMPOSITION FAMILIALE

	MÈRE		PÈRE	
<b>Nom et prénom</b>				
<b>Date de naissance</b>				
<b>Adresse</b>				
<b>Téléphone</b>	0590.	0690.	0590.	0690.
<b>Adresse mail</b>				
<b>Profession</b>				

FRATRIE			
Nom	Prénom	Scolarité	Observation

Placement familial ou en MECS		
OUI	NON	Si oui, Cordonnées
		Nom et prénom :
		Adresse :
		Téléphone : 0590. 0690.

## GARDE – SCOLARISATION - LOISIRS

MODE DE GARDE	OUI	NON
Crèche		
Garderie		
Assistante maternelle		
SCOLARISATION	OUI	NON
Ecole		
Redoublement antérieur		

Classe :

Nom et adresse de l'école :

DES DIFFICULTÉES EN COLLECTIVITES SIGNALÉES CONCERNANT	OUI	NON
Le comportement ?		
L'attention ?		
Les apprentissages scolaires ?		
Le langage		
Lecture – Orthographe		
Ecriture		
Mathématiques		

*Si OUI, quelles difficultés ?*

**Remarques, difficultés autres que vous auriez observées et qui vous interrogent :**

## CONDITIONS DE VIE

### LOISIRS

Quels sont les loisirs de votre enfant ?

### SITUATION PARENTALE :

Parents vivant dans le même foyer

Famille monoparentale

Famille recomposé

## MDPH

DEMANDE	OUI	En cours	NON
<b>AEEH</b> <i>(Allocation d'Education pour Enfant Handicapé)</i>	De base Complément 1 Complément 2 Complément 3	Précisez la date de demande :	
<b>AESH</b> <i>(Accompagnement élève en situation de Handicap)</i>			
Orientation <b>SESSAD</b> <i>(Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile)</i>			
Orientation <b>IME</b> <i>(Institut Médico-éducatif)</i>			
Autres :			

*Joindre copie des notifications de la MDPH*

ADAPTATIONS SCOLAIRES	OUI	NON
<b>AESH</b> <i>(Accompagnant Élève en Situation de Handicap)</i>		
<b>Prise en charge RASED</b> <i>(Réseau d'Aide Spécialisée aux Enfants en Difficulté)</i>		
PPS/PPRE <i>(Projet Personnalisé de Scolarisation ou de Réussite Éducative)</i>		
Autre :		

## ANTECEDENTS

### DE L'ENFANT :

- **Grossesse et naissance** *(Prématurité, faible poids, enfant adopté, etc...)* :

**Traitement en cours** :            OUI            NON

*Si OUI, précisez :*

### DE LA FAMILLE :

<b>Mère</b>	
<b>Père</b>	
<b>Fratric</b>	

## SUIVIS ANTERIEURS OU ACTUELS

MERCI D'EN JOINDRE TOUS LES COMPTES-RENDUS S'IL VOUS PLAÎT

	<b>Votre enfant <u>est suivi</u> <u>ET/OU a été suivi</u> par :</b>	<b>Cordonnées (Noms, Prénoms, Téléphone)</b>	<b>Suivi depuis quelle année</b>
	Médecin généraliste		
	Pédiatre		
	Orthophoniste		
	Psychomotricien		
	Neuropsychologue		
	Psychologue		
	Orthoptiste		
	Ergothérapeute		
	Pédopsychiatre		
	ORL		
	Ophtalmologue		
	Kinésithérapeute		
	CMP		
	CMPP		
	CAMSP		
	Autres		

Immatriculation sécurité sociale :

**Joindre attestation de sécurité sociale de l'enfant, droits à jour svp.**

*En sollicitant la plateforme, j'autorise l'équipe de coordination à échanger des informations avec les professionnels médicaux et paramédicaux de mon enfant.*

*A transmettre à la Plateforme de Coordination et d'Orientation par mail : **pco971@kalitepouviv.fr***

Le

A:

**Signature des parents détenant l'autorité parentale**

