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
Nom et prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Téléphone	0590. 0690.	0590. 0690.
Adresse mail		
Profession		

FRATRIE			
Nom	**Prénom**	**Scolarité**	**Observation**

Plateforme de coordination et d'orientation (PCO) Guadeloupe, Saint Martin & Saint Barthélémy
E-mail : pco971@kalitepouviv.fr

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

Plateforme de coordination et d'orientation (PCO) Guadeloupe, Saint Martin & Saint Barthélémy
E-mail : pco971@kalitepouviv.fr

MDPH

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

Joindre copie des notifications de la MDPH

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

Mère	
Père	
Fratrie	

Plateforme de coordination et d'orientation (PCO) Guadeloupe, Saint Martin & Saint Barthélémy
E-mail : pco971@kalitepouviv.fr

SUIVIS ANTERIEURS OU ACTUELS

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

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

Plateforme de coordination et d'orientation (PCO) Guadeloupe, Saint Martin & Saint Barthélémy
E-mail : pco971@kalitepouviv.fr

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

Plateforme de coordination et d'orientation (PCO) Guadeloupe, Saint Martin & Saint Barthélémy
E-mail : pco971@kalitepouviv.fr