



Centre Hospitalier
de BAGNOLS-SUR-CEZE

PCO TND 30

DOSSIER PARENTAL D'ADRESSAGE A LA PLATEFORME DE COORDINATION ET D'ORIENTATION TND 30

Idéalement, merci d'adresser ce document par mail au secrétariat de la plateforme :

pco30@ch-bagnolssurceze.fr



PCO TND 30



Centre Hospitalier
de BAGNOLS-SUR-CEZE

Dossier de demande de Coordination de Parcours Plateforme de Coordination et d'Orientation TND 30

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : Prénom : Genre : Féminin Masculin

Date de naissance :

Pays de naissance :

Ville de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

N° de Sécurité Sociale :

Mutuelle : Oui Non

CSS (ex CMU-C)

Nom de la mutuelle :

Avez-vous un dossier auprès de la MDPH pour votre enfant ? Oui Non En cours

REPRESENTANTS DE L'ENFANT

PARENT 1

Nom, Prénom :

Situation maritale :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Profession :

Âge :

Autorité parentale : Oui Non

Mail :

Téléphone :

PARENT 2

Nom, Prénom :

Situation maritale :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Profession :

Âge :

Autorité parentale : Oui Non

Mail :

Téléphone :

AUTRE

Nom, Prénom :

Situation maritale :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Profession :

Âge :

Autorité parentale : Oui Non

Mail :

Téléphone :

ENVIRONNEMENT ET RESSOURCES

LIEU DE VIE DE L'ENFANT

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Avec les 2 parents | <input type="checkbox"/> Mère seule | <input type="checkbox"/> Père seul |
| <input type="checkbox"/> Garde alternée* | <input type="checkbox"/> Famille recomposée | <input type="checkbox"/> Mesure de protection de l'enfance* |
| <input type="checkbox"/> En famille d'accueil | <input type="checkbox"/> En Foyer | |

Nom, Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Mail :

Téléphone :

Nom, Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Mail :

Téléphone :

*Veuillez préciser les modalités et indiquer si un jugement encadre le droit de visite et de garde :

ENVIRONNEMENT SOCIAL

Bénéficiez-vous d'un accompagnement médico-social ? Oui Non

Percevez-vous les aides ou prestations suivantes : AAH RSA Pôle emploi

Rencontrez-vous des difficultés pour vous déplacer (pas de véhicule, etc.) ?

Les difficultés de votre enfant ont-elles des répercussions sur :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Votre vie professionnelle | <input type="checkbox"/> Votre vie sociale |
| <input type="checkbox"/> Votre budget | <input type="checkbox"/> L'adaptation de votre logement |

Précisez :

FRATRIE

Si besoin, merci de nous indiquer s'il s'agit d'un demi-frère (DF), d'une demi-sœur (DS) ou d'un bel-enfant (BE)*. Veuillez également nous indiquer s'il vit au domicile de l'enfant adressé PCO.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe fréquentée :

*DF, DS, BE ? A domicile : Oui Non

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe fréquentée :

*DF, DS, BE ? A domicile : Oui Non

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe fréquentée :

*DF, DS, BE ? A domicile : Oui Non

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe fréquentée :

*DF, DS, BE ? A domicile : Oui Non

MODE D'ACCUEIL

- Garderie, multi-accueil
 Assistant.e maternelle
 Famille élargie (grands-parents, etc.)
 Crèche

Nombre d'heures/semaine :
 Nombre d'heures/semaine :
 Nombre d'heures/semaine :
 Nombre d'heures/semaine :

Nom de la crèche, lieu : Téléphone :
 Autorisation de contacter la crèche : Oui Non

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Veillez renseigner les éventuels antécédents familiaux connus (TND, maladies psychiatriques, antécédents chirurgicaux, médicaux, etc.)

	Médicaux	Chirurgicaux	Psychiatriques	Autres
Enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fratric	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mère	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Père	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

L'enfant a-t-il un traitement médical sur le long cours ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser :

SCOLARISATION

L'enfant est-il scolarisé ? Oui Non Nom de l'école :

Actuellement en classe de : Ville :

Autorisation de contacter l'école : Oui Non Téléphone :

L'enfant bénéficie-t-il d'un accompagnement par un AESH ? Oui Non

Nombre d'heures/semaine d'AESH : Mutualisée Individualisée

L'enfant a-t-il effectué un redoublement ? Oui Non Si oui, niveau redouble :

PARCOURS DE SOINS

Votre enfant a-t-il rencontré un des professionnels suivants ou existe-t-il un rendez-vous prévu ?

		Nom du professionnel	Commune ou structure	Date (période ou année)
MEDECINS	Médecin traitant			
	Pédiatre			
	Neuropédiatre			
	Pédopsychiatre			
	ORL			
	Ophthalmologiste			
	Autre			
PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX	Ergothérapeute			
	Kinésithérapeute			
	Orthophoniste			
	Psychologue			
	Psychomotricien			
	Educateur Spécialisé			
EDUCATION NATIONALE	Médecin de l'Education Nationale			
	Psychologue de l'Education Nationale			
AUTRES				

DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

DEVELOPPEMENT MOTEUR

- Station assise acquise : Oui Non Âge d'acquisition :
- Déplacement quatre pattes : Oui Non Âge d'acquisition :
- Marche : Oui, avec appuis Oui, sans appui Non Âge d'acquisition :
- De manière générale constatez-vous une régression ? Oui Non

DEVELOPPEMENT DU LANGAGE ET DE LA COMMUNICATION

- Niveau de langage actuel : Gestes Gestes et mots isolés Phrases simples
 Mots isolés Phrases complexes
- Âge d'apparition des 1^{ers} mots : Âge d'apparition des 1^{ères} phrases :
- De manière générale constatez-vous une régression ? Oui Non

QUOTIDIEN DE L'ENFANT

SOMMEIL

- Présente-t-il des troubles du sommeil ? Oui Non
- Si oui : Parasomnie (cauchemars) Réveils nocturnes Réveils précoces
 Difficultés d'endormissement Apnée du sommeil
- S'endort-il seul ? Oui Non
- De manière générale, constatez-vous une régression ? Oui Non

ALIMENTATION

- Existe-t-il une sélectivité alimentaire ? Oui Non
- Si oui, précisez :
- De manière générale, constatez-vous une régression ? Oui Non

PROPRETE

- Propreté de jour : Couche Pot Toilettes
- Propreté de nuit : Couche Pot Toilettes

ACTE DE LA VIE QUOTIDIENNE

- L'enfant se nourrit : Avec l'aide de l'adulte Seul, avec couverts Participe en partie
- L'enfant s'habille : Avec l'aide de l'adulte Seul Participe en partie
- L'enfant se lave : Avec l'aide de l'adulte Seul Participe en partie

COMPORTEMENT DE L'ENFANT

- A-t-il des difficultés de séparation ? Oui Non
- Bouge-t-il beaucoup ? Oui Non
- Se met-il souvent en colère ? Oui Non
- Est-il contrarié par les changements et imprévus ? Oui Non
- Est-il souvent dans l'opposition ? Oui Non
- Autre :

TRAITEMENT SENSORIEL DE L'ENFANT

SENSIBILITE AUDITIVE

- Est-il sensible à certains bruits ? Oui Non
 Avez-vous l'impression qu'il ne vous entend pas ? Oui Non

SENSIBILITE VISUELLE

- Est-il attiré par les lumières ou les objets/personnes en mouvement ? Oui Non
 Préfère-t-il l'obscurité à la lumière ? Oui Non

SENSIBILITE OLFRACTIVE ET GUSTATIVE

- Est-il attiré par des odeurs particulières ? Oui Non
 Existe-t-il des odeurs qu'il ne supporte pas ? Oui Non
 Met-il souvent en bouche des objets ? Oui Non

SENSIBILITE TACTILE

- Existe-t-il des textures avec lesquelles l'enfant déteste être en contact ? Oui Non
 Existe-t-il des textures avec lesquelles l'enfant adore être en contact ? Oui Non

SENSIBILITE VESTIBULAIRE ET PROPRIOCEPTIVE

- Est-il constamment en mouvement ? Oui Non
 A-t-il des sensations de vertige ? Oui Non

INTERETS DE L'ENFANT

- A quoi joue-t-il à son domicile ?
- Peut-il jouer seul ? Oui Non
- Joue-t-il facilement avec les autres enfants ? Oui Non
- Aime-t-il faire des activités manuelles ? (Dessiner, découper, coller, etc.) Oui Non
- Aime-t-il faire des puzzles, légos, encastremements ? Oui Non
- Se crée-t-il des scénarios lorsqu'il joue ? Oui Non
- Temps d'écran total par jour (tablette, téléphone, télé) ? heures

AUTRES PARTICULARITES

NOM et PRÉNOM du responsable légal 1

précédés de la mention **Complété et approuvé**

NOM et PRÉNOM du responsable légal 2

précédés de la mention **Complété et approuvé**