

Questionnaire administratif et parental

Informations réservées au service

Date orientation : Médecin 1^{ère} ligne ☐ Autre Médecin ☐

Informations enfant

Nom Prénom(s)

Né(e) le à

Nationalité

Adresse de l'enfant

Fratrie (âges)

Classe actuelle de votre enfant :/ Classe(s) redoublé(s) :/Classe(s) sauté(s):.....

Informations parents

Autorité parentale : Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Les deux ☐

Parent 1 : Nom Prénom Profession.....

Adresse (si différente de l'enfant) :

Numéro de téléphone : mail

Parent 2 : Nom Prénom Profession

Adresse (si différente de l'enfant) :

Numéro de téléphone : mail

ASSURE SOCIAL (Nom marital et patronymique)

NOM (de l'ouvrant droit) : **Prénom**

Nº de S.S : |

Centre de S.S :

Centre de MUTUELLE :

CMU : OUI ☐ NON ☐

A compléter obligatoirement

NOM DU MEDECIN ADRESSEUR ET SPECIALITE

Adresse :

N° de téléphone mail

MDPH/Dispositifs

Dossier à la MDPH : OUI ☐ NON ☐ EN COURS ☐

Si oui/en cours pour : AESH ☐ AEEH base ☐ AEEH avec complément ☐ PCH ☐ SESSAD/ITEP ☐

Prise en charge passée / actuelle ou envisagée :

CMP ☐ CMPP ☐ CMPI ☐ CERTA ☐ Résodys ☐ CRA ☐ PCO 0-6 ☐ PCO 7-12 ☐ autre ☐

Si oui, précisez : passé ☐ en cours ☐ en attente ☐ / Dates : :.....

Est-ce que la famille / l'enfant bénéficie (si oui donner les contacts) :

Assistant(e) sociale ☐ Educateur spécialisé ☐ PRE (Programme de réussite scolaire) ☐

Si oui, le nom et les coordonnées de la personne

FAMILIAUX

Un des deux parents a-t-il présenté des difficultés semblables à celles de l'enfant ?

- Parent 1 Oui ☐ Non ☐
- Parent 2 Oui ☐ Non ☐

Quelles difficultés ?

Si l'enfant a des frères et sœurs, certains ont-ils connu les mêmes difficultés ? Oui ☐ Non ☐

- Prénom : ----- À quel âge :
- Prénom : ----- À quel âge :

D'autres difficultés ? Oui ☐ Non ☐

Lesquelles ?

Pour cela voient-ils un spécialiste (médecin, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, psychologue / neuropsychologue) ? Oui ☐ Non ☐

ANTECEDENTS DE VOTRE ENFANT

Avez-vous eu des problèmes durant la grossesse ? Oui ☐ Non ☐

- Diabète Oui ☐ Non ☐
- Hypertension Oui ☐ Non ☐
- Menace de fausse couche Oui ☐ Non ☐
- Autre, précisez Oui ☐ Non ☐

Avez-vous eu des problèmes durant l'accouchement ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels

Prématuré ☐ Post-terme ☐ de combien :

Césarienne ☐ pourquoi ?.....

Quel était son poids à la naissance ?.....

Complications post-natales ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles ?.....

Séjour en néonatalogie ? Oui ☐ Non ☐ Combien de temps ?.....

A-t-il eu un suivi dans un CAMSP ? Oui ☐ Non ☐

A-t-il eu des problèmes de santé ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels et à quel âge.....

A-t-il été hospitalisé ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, quand et pourquoi ?

A-t-il eu des problèmes ORL (amygdales ou végétation) ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels et à quel âge ?

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, pourquoi ?.....

Votre enfant a-t-il des allergies, de l'asthme, l'eczéma ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez ?.....

A quel âge votre enfant a-t-il acquis la propreté diurne/nocturne ?.....

DEVELOPPEMENT INITIAL DE VOTRE ENFANT : Motricité

L'âge de station debout : Age des premiers pas :

A quel âge a-t-il appris à faire du vélo : Nager :

Avec des difficultés ? Vélo ? Oui ☐ Non ☐ Nager ? Oui ☐ Non ☐

Trouvez-vous que votre enfant était maladroit/brusque ? Oui ☐ Non ☐

Trouvez-vous que votre enfant avait un mauvais équilibre ? Oui ☐ Non ☐

Avait-il eu du retard pour s'habiller seul ? Oui ☐ Non ☐

Avait-il eu du retard pour boutonner un gilet ? Oui ☐ Non ☐

Avait-il des difficultés pour manger proprement ? Oui ☐ Non ☐

DEVELOPPEMENT INITIAL DE VOTRE ENFANT : Parole et langage

Langue maternelle :

Autre(s) langue(s) parlée(s) :

Il a eu des problèmes du langage ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez :

Par rapport aux autres enfants, quand il est rentré à la maternelle, parlait-il :

Mieux ☐ Aussi bien ☐ Moins bien ☐

Avait-il des difficultés à se faire comprendre : Oui ☐ Non ☐

- À la maison ☐ À l'école ☐

Avait-t-il des difficultés pour vous comprendre ? Oui ☐ Non ☐

A-t-il eu des problèmes d'audition ? A quel âge ? Oui ☐ Non ☐

A-t-il eu un audiogramme ? Oui ☐ Non ☐

- Résultat :

LA MATERNELLE

A quel âge est-il rentré à la maternelle ?

Vous a-t-on signalé des difficultés ? Oui ☐ Non ☐

- Si oui, lesquelles :

La tenue du crayon a été acquise : Difficilement ☐ Facilement ☐

Votre enfant a-t-il des difficultés pour :

- Dessiner Oui ☐ Non ☐

- Ecrire Oui ☐ Non ☐

- Faire des puzzles Oui ☐ Non ☐

- Colorier Oui ☐ Non ☐

- Découper Oui ☐ Non ☐

L'apprentissage des lettres et écrire son nom s'est fait : Difficilement ☐ Facilement ☐

COURS PREPARATOIRE – CP

A-t-il manifesté des difficultés dans l'acquisition de la lecture ? Oui ☐ Non ☐

Les 3 premiers mois, l'apprentissage a été : Difficile ☐ Facile ☐

Si oui, précisez :

En fin de CP, la lecture était : Non acquise ☐ Acquise ☐

A-t-il eu des difficultés pour l'apprentissage des nombres et le calcul ? Oui ☐ Non ☐

L'apprentissage du calcul était-il plus difficile que celui de la lecture ? Oui ☐ Non ☐

HABILETES SOCIALES

Votre enfant a-t-il des difficultés pour créer des liens amicaux ? Oui ☐ Non ☐

Votre enfant est-t-il rarement ou pas invité aux anniversaires ? Oui ☐ Non ☐

Petit, est-ce que votre enfant ne pointait et ne désignait pas des objets ? Oui ☐ Non ☐

N'a pas fait des jeux de « faire semblant » (jouer à la dinette, à bricoler, ...) Oui ☐ Non ☐

A-t-il des intérêts restreints (intérêts spécifiques / passions excessives, ex. apprendre par cœur tous les horaires de train / bus, les capitales de pays) ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez.....

A-t-il des comportements répétitifs ? (Ex. bouger une partie du corps de manière répétée) Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez

Ne reconnaît-t-il pas facilement des émotions d'autrui ? Oui ☐ Non ☐

Veut-il toujours faire les choses de la même manière, dans un certain ordre / n'accepte-t-il pas facilement le changement ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez.....

ACTUELLEMENT

Combien de temps en moyenne, votre enfant passe de temps par jour devant un écran ?
(Télévision, ordinateur, console et jeux vidéo, smartphone...)

A-t-il des activités extrascolaires : (sports, musique, théâtre,) Oui ☐ Non ☐

Lesquelles ?.....

A quels jeux joue votre enfant à l'intérieur ? :.....

À l'extérieur ?

ORGANISATION SPATIALE et TEMPORELLE

Votre enfant a-t-il des difficultés pour :

Reconnaître les moments de la journée (matin/après-midi/soir) ? Oui ☐ Non ☐

Comprendre les notions suivantes : hier, demain, après-demain ? Oui ☐ Non ☐

Avait-il des grosses difficultés pour reconnaître la gauche et la droite ? Oui ☐ Non ☐

Avait-il des difficultés pour reconnaître les lieux déjà fréquentés ? Oui ☐ Non ☐

Avait-il besoin d'indices pour se repérer dans la semaine (dimanche = repos, lundi = école ...) ? Oui ☐ Non ☐

BILANS et SUIVIS :

Est-ce que votre enfant a déjà bénéficié d'une **consultation médicale spécialisée** ?

Neuropédiatre ☐ Pédopsychiatre ☐ Si oui préciser la (les) date(s) :.....

Nom(s) et les coordonnées médecin(s).....

Est-ce que votre enfant a déjà bénéficié de **bilan(s)** ?

Orthophonique ☐ (Dates :.....) Psychomoteur ☐ (Dates.....)

Psychologique ☐ (Dates :.....) Ergothérapeutique ☐ (Dates.....)

Orthoptique ☐ (Dates :.....) Autre ☐ (lequel et quand.....)

Est-ce que votre enfant a déjà bénéficié de **séance(s) de suivi** ?

D'orthophonie ☐ (Dates :.....) De psychomotricité ☐ (Dates.....)

De psychologie ☐ (Dates :.....) D'ergothérapie ☐ (Dates.....)

D'orthoptie ☐ (Dates :.....) Autre ☐ (lequel et quand.....)

**TOUS LES COMPTES RENDUS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX SONT OBLIGATOIREMENT A JOINDRE
AU DOSSIER PCO !**

MOTIF DE LA SAISIE :

Pourquoi vous avez décidé de vous adresser à la PCO 7-12 ?.....

.....

.....

Qui vous a orienté à la PCO 7-12 ? (Nom et fonction) :.....

.....

COMMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....