



**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 .....

**ANTECEDENTS 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 .....

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 début : ..... 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 intérêt 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 répété) 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, précis 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  (les dates.....) Psychomoteur  (les dates ..... )  
 Psychologique  (les dates.....) Ergothérapeutique  (les dates ..... )  
 Orthoptique  (les dates.....) Autre  (lequel et quand ..... )

- Est-ce que votre enfant a déjà bénéficié **de séance(s)** ?  
 D'orthophonie  (les dates.....) De psychomotricité  (les dates ..... )  
 De psychologie  (les dates.....) D'ergothérapie  (les dates..... )  
 D'orthoptie  (les 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**

-----  
-----  
-----  
  
-----  
-----  
-----  
-----