



Questionnaire famille - PC0 75

Coordonnées de l'enfant

Nom et Prénom:

Date de naissance :

Ville et pays de naissance:

Sexe:

☐ Garçon

☐ Fille

Adresse:

Numéro de sécurité sociale/

AME de l'enfant :

Coordonnées des représentants légaux

	Parent 1	Parent 2
Nom et prénom		
Date de naissance		
Adresse du domicile		
Email		
Numéro de téléphone		
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Situation matrimoniale des parents de l'enfant :

☐ Mariés/Pacsés ☐ Concubinage ☐ Séparés ☐ Veufs ☐ Autre: _____

Frères et/ou sœurs de l'enfant :

Nom et prénom	Date de naissance

Lieu de vie de l'enfant

Avec qui vit l'enfant ?

☐ Avec les deux parents ☐ Avec parent 1 ☐ Avec parent 2 ☐ Autre: _____

Où vit l'enfant ?

☐ Logement privé ☐ Logement social ☐ Hébergement provisoire (hôtel, CHU...)

Langue(s) parlée(s) à la maison: _____

Aides actuelles

MDPH	Oui	Demande en cours	Non
AEEH (Allocation d'Education pour Enfant Handicapé)	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Complément 1 <input type="checkbox"/> Complément 2 <input type="checkbox"/> Complément 3 <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Précisez la date de la demande :/...../.....	<input type="checkbox"/>
PCH (Prestation de compensation du handicap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Demande en cours	Non
AJPP (<i>Allocation Journalière de Présence Parentale</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adaptations scolaires	Oui	Demande en cours	Non
AESH (<i>Accompagnant Elève en Situation de Handicap</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge RASED (<i>Réseau d'Aide Spécialisée aux Enfants en Difficulté</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aménagements pédagogiques (<i>PAP/PPS /PPRE</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous un référent social ? (*assistante sociale de structure, assistante sociale de secteur...*)

☐ Oui

☐ Non

Nom/Prénom et coordonnées :

Mode de garde et scolarisation

Mode de garde	Oui	Non
Crèche / Garderie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistante maternelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scolarisation	Oui	Non
Ecole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Classe de l'enfant :

Nom et adresse de l'école :

Le parcours de soins de l'enfant

Votre enfant a-t-il un médecin référent ? (*médecin généraliste, pédiatre ...*)

☐ Oui

☐ Non

Nom/Prénom et coordonnées :

Votre enfant est-il concerné par une ALD (*Affection Longue Durée*) ?

☐ Oui

☐ Non

Un/des diagnostic(s) ont-ils déjà été posés ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lesquels:

Existe-t-il des antécédents familiaux de Troubles du Neurodéveloppement ? (*Troubles des apprentissages, autisme, trouble de l'attention...*)

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lesquels:

Historique des suivis et suivis actuels :

Spécialités	Statut	Nom	Coordonnées
Pédiatre	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input type="checkbox"/> Suivi arrêté		
Neuropédiatre	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input type="checkbox"/> Suivi arrêté		
Pédopsychiatre	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input type="checkbox"/> Suivi arrêté		
ORL	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input type="checkbox"/> Suivi arrêté		
Ophtalmologue	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input type="checkbox"/> Suivi arrêté		
Psychomotricien	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input type="checkbox"/> Suivi arrêté		
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input type="checkbox"/> Suivi arrêté		
Psychologue	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input type="checkbox"/> Suivi arrêté		
Orthophoniste	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input type="checkbox"/> Suivi arrêté		
Orthoptiste	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input type="checkbox"/> Suivi arrêté		
CAMSP	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input type="checkbox"/> Suivi arrêté		
CMP	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input type="checkbox"/> Suivi arrêté		
CMPP	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input type="checkbox"/> Suivi arrêté		
PMI	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input type="checkbox"/> Suivi arrêté		

Quelles sont vos principales préoccupations/inquiétudes au sujet de votre enfant ?

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de la PCO ?

Liste des documents à nous fournir pour un dossier complet :

- ☐ Livret d'adressage complété
- ☐ Questionnaire famille complété
- ☐ Attestation, à jour, de droits d'assurance maladie ou AME
- ☐ Copie de la carte nationale d'identité ou passeport de l'enfant
- ☐ Notification(s) MDPH complète(s)
- ☐ Copie des comptes-rendus médicaux et/ou paramédicaux dont vous disposez
- ☐ Acte de naissance (et jugement si perte d'autorité parentale)
- ☐ GEVASCO si concerné

Veuillez transmettre les différents documents à **pco75@hovia.org** ou par voie postale. Seul les dossiers complets seront traités en commission d'admission.