

# Questionnaire famille - PCO 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 ( <i>Allocation d'Education pour Enfant Handicapé</i> )	<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 ( <i>Prestation de compensation du handicap</i> )	<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 checked="" type="checkbox"/> Suivi arrêté		
Neuropédiatre	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input checked="" type="checkbox"/> Suivi arrêté		
Pédopsychiatre	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input checked="" type="checkbox"/> Suivi arrêté		
ORL	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input checked="" type="checkbox"/> Suivi arrêté		
Ophtalmologue	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input checked="" type="checkbox"/> Suivi arrêté		
Psychomotricien	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input checked="" type="checkbox"/> Suivi arrêté		
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input checked="" type="checkbox"/> Suivi arrêté		
Psychologue	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input checked="" type="checkbox"/> Suivi arrêté		
Orthophoniste	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input checked="" type="checkbox"/> Suivi arrêté		
Orthoptiste	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input checked="" type="checkbox"/> Suivi arrêté		
CAMSP	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input checked="" type="checkbox"/> Suivi arrêté		
CMP	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input checked="" type="checkbox"/> Suivi arrêté		
CMPP	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input checked="" type="checkbox"/> Suivi arrêté		
PMI	<input type="checkbox"/> Suivi en cours <input checked="" 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.