

DOSSIER COMPLEMENTAIRE FAMILLE

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

1. Coordonnées :

Coordonnées du parent 1		Coordonnées du parent 2		
Nom et prénom : Adresse :		Nom et prénom : Adresse :		
Téléphone : Mail :		Téléphone : Mail :		
Situation parentale : Mariés <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>				
Fratrie :	Nom	Prénom	Age	Nom de l'école et classe
	•			
	•			
	•			
	•			
Si suivi ASE				
Nom et coordonnées du référent :		Nom et coordonnées de l'assistant familial :		
•		•		
Mail :		Mail :		

2. Libéraux et école :

Suivis en cours et nom du professionnel		
• Psychomoteur :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Neuro/Psychologue :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Ergothérapeute :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Orthophoniste :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Ecole		
Nom et coordonnées :		Classe :
•		

3. Droits ouverts :

- Accompagnement en cours CMPP - CMP / Hôpital de jour : OUI NON
- Votre enfant bénéficie – t – il d'une **notification MDPH** ? OUI NON
- AAEH** (Allocation d'Education de l'enfant handicapé) OUI NON
- AESH** (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap) OUI NON
- PPS** (Plan Personnalisé de Scolarisation) OUI NON

4. Autorisations :

Merci de compléter et signer les autorisations ci-dessous. Sans elles, il nous serait difficile d'assurer le parcours de soins de votre enfant.

- En sollicitant la plateforme PCO-TND de la Charente, j'autorise l'équipe de la PCO à **échanger des informations avec les professionnels médicaux et paramédicaux** de mon enfant. OUI NON
- J'autorise l'équipe de la PCO à **contacter l'école** pour échanger sur la situation de mon enfant. OUI NON
- J'autorise l'équipe de la PCO à **contacter la MDPH** pour échanger sur la situation de mon enfant. OUI NON
- Dans le cadre d'un placement familial, j'autorise la **famille d'accueil à intervenir aux différents rendez-vous médicaux et aux restitutions de synthèses.** OUI NON

Fait le

A

SIGNATURE OBLIGATOIRE DES DEUX PARENTS ET / OU RESPONSABLE LEGAL :

Signature du parent 1 :

Signature du parent 2 :

Signature du responsable légal :

A transmettre par courrier ou par mail à la Plateforme de Coordination et D'Orientation de la Charente

PCO-TND Charente
15 Bis Avenue du Pétureau
16800 SOYAUX
Tél : 05 17 00 82 48
contact@pcoyndcharente.fr

Pièces à joindre :

- *Guide de repérage (à faire remplir par un médecin).*
- *Une photo de votre enfant.*
- *Photocopie de l'attestation de droit à l'assurance maladie.*
- *Photocopie du livret de famille.*
- *Retour écrit de l'école (apprentissages, relations, comportement) ou Compte-rendu équipe éducative.*