

# 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"/>	
<b>Si suivi ASE</b>	
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
<b>Ecole</b>		
Nom et coordonnées : •	Classe :	

### 3. Droits ouverts :

Accompagnement en cours CMPP - CMP / Hôpital de jour :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Votre enfant bénéficie – t – il d'une <b>notification MDPH</b> ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>AAEH</b> (Allocation d'Education de l'enfant handicapé)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>AESH</b> (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>PPS</b> (Plan Personnalisé de Scolarisation)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> 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  
16 800 SOYAUX  
Tél : 05 17 00 82 48  
[contact@pcotndcharente.fr](mailto:contact@pcotndcharente.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*

