



Plateforme de Coordination et d'Orientation de la Nièvre

QUESTIONNAIRE FAMILLE

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Questionnaire rempli par : <input type="checkbox"/> le père <input type="checkbox"/> la mère <input type="checkbox"/> les deux <input type="checkbox"/> tuteur	

Qui vous adresse à la plateforme ? :
Pour quelle(s) raison(s) ? :
Date du RDV avec le médecin qui a complété le questionnaire médical :

COORDONNEES

	Mère	Père
Nom & prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Téléphone		
Adresse mail		
Profession		



Plateforme de Coordination et d'Orientation de la Nièvre

IMMATRICULATION SECURITE SOCIALE
Nom et prénom de l'assuré :
Numéro de sécurité sociale de l'assuré :
Numéro de sécurité sociale de l'enfant : <i>Joindre une attestation de droits Sécurité sociale ou MSA</i>
Nom du médecin traitant ou qui suit habituellement l'enfant (si différent du médecin adresseur) :

CONDITIONS DE VIE

SITUATION PARENTALE
<input type="checkbox"/> Parents vivant dans le même foyer <input type="checkbox"/> Famille monoparentale <input type="checkbox"/> Famille recomposée

COMPOSITION DE LA FAMILLE
Nombre d'enfants vivant à la maison :
Nombre d'adultes vivant à la maison :
EVENEMENTS FAMILIAUX NOTABLES : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Préciser :



Plateforme de Coordination et d'Orientation de la Nièvre

GARDE - SCOLARISATION - LOISIRS

MODE DE GARDE		
Crèche/garderie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Assistante Maternelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
SCOLARISATION		
Ecole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Classe :
		Redoublement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Nom et adresse de l'école :		

Quels sont les loisirs de votre enfant ? (*activité, sport,...*)

AIDES

Dossier MDPH	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> En cours
AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
PPS (Plan Personnalisé de Scolarisation)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
AJPP (Allocation Journalière de Présence Parentale)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON



Plateforme de Coordination et d'Orientation de la Nièvre

ANTECEDENTS

ANTECEDENTS FAMILIAUX (<i>problèmes de santé, troubles des apprentissages type dyslexie, dysphasie, autisme, etc...</i>)	
Père :	
Mère :	
Frères et sœurs :	Entourage familial :

GROSSESSE

Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Œdèmes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Diabète gestationnel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Infection maternelle (CMV,...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

NAISSANCE

Prématurité <input type="checkbox"/> OUI (.....SA) <input type="checkbox"/> NON	Poids de naissance :
APGAR :/10	<input type="checkbox"/> Enfant adopté

ANTECEDENTS D'HOSPITALISATION, de PROBLEMES DE SANTE OUI NON

Si oui, précisez :	
Votre enfant a-t-il eu un contrôle ORL ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant a-t-il eu un contrôle OPHTALMOLOGIQUE ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, a-t-il un suivi ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

SOMMEIL - PROPETE

Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Dort-il dans votre lit une partie de la nuit ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Votre enfant est-il propre ?	Jour : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Nuit : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Depuis quel âge ?

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX en cours :

LANGAGE & COMMUNICATION - *Votre enfant :*

Parle-t-il fort ou fait-il répéter ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Entend-il mal ou monte-t-il le son de la télévision ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
A-t-il (<i>ou a-t-il eu</i>) des difficultés pour s'exprimer ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Comprend-il les consignes orales (quand vous lui parlez) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Peut-il associer 2 mots « papa pati », « veux gato », « pas dodo » ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Peut-il faire des petites phrases ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Peut-il s'intéresser à ce que vous lui montrez ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Peut-il vous faire comprendre ce qu'il veut en vous regardant, puis en pointant du doigt et du regard vers l'objet ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Peut-il faire des jeux de « faire semblant » : jouer à la dinette, à bricoler, à faire le ménage,... ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Peut-il réagir en comprenant votre mimique de visage ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
A-t-il tendance à s'isoler (en classe ou à la maison) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
A-t-il du mal à se faire des copains, à les garder ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Peut-il jouer seul dans une pièce ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Est-il timide ? voire renfermé ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant est-il fasciné par un sujet particulier ou inhabituel dont il est devenu « expert » ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Est-il contrarié à l'excès par des changements dans sa routine ou ses habitudes ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Vous paraît-il avoir le sens de l'humour comme des enfants de son âge ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Vous semble-t-il comprendre le sens figuré, les expressions du 2 nd degré ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Peut-il dire des petits mensonges dans la vie quotidienne, comme un enfant de son âge ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Peut-il tenir compte des conventions sociales, et ne pas dire par exemple des paroles blessantes pour autrui sans s'en rendre compte ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
En regard à une tristesse exprimée face à lui, votre enfant va-t-il spontanément vouloir consoler la personne ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Paraît-il parfois bizarre dans ses propos ou son comportement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON



Plateforme de Coordination et d'Orientation de la Nièvre

HABILITES MOTRICES – REPERAGE TEMPOREL & SPATIAL

Age de la tenue assise sans aide :	Age de la marche sans aide :
------------------------------------	------------------------------

VOTRE ENFANT

Vous paraît-il maladroit ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
A-t-il des difficultés pour courir (lourd, trébuche souvent, pataud) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
A-t-il des difficultés dans les activités motrices (marelle, corde à sauter) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Sait-il faire du vélo sans petites roues ? <i>Si oui de puis quel âge :</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
A-t-il des difficultés pour certains sports (individuels ou collectifs) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
A-t-il des difficultés pour s'habiller ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
A-t-il des problèmes pour organiser ses affaires d'école ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Est-il à l'aise avec l'utilisation des couverts pour manger ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Est-il à l'aise avec l'utilisation des outils scolaires (ciseaux, règle...) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Aime-t-il dessiner ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Ecrit-il mal ou lentement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Est-il à l'aise avec les puzzles et les activités de construction (Kapla®, Légo®) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Est-il attiré par les activités manuelles (gommettes, pâte à modeler, bricolage) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Connait-il la droite et la gauche sur autrui ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Se repère-t-il dans les jours de la semaine ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Les difficultés éventuelles signalées dans les questions précédentes :	
Retentissent-elles dans la vie quotidienne à la maison ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Retentissent-elles à l'école ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, de quelle façon :	



Plateforme de Coordination et d'Orientation de la Nièvre

COMPORTEMENT - *Votre enfant :*

Bouge-t-il tout le temps ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Se met-il souvent en danger (risques inconsidérés) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Se montre-t-il le plus souvent étourdi (oubli, perte de ses affaires personnelles) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Peut-il attendre son tour quand il joue ou pour parler ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Peut-il mener à son terme une activité prolongée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
A-t-il des difficultés pour rester assis à table le temps du repas ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Se met-il en colère à la moindre contrariété ou est-il bagarreur ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Se montre-t-il opposant pour les règles de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Est-il habituellement gêné par des bruits, des odeurs, des textures d'aliments ou des sensations cutanées banales ? <i>Si oui, lesquelles ? :</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Passe-t-il à votre avis trop de temps devant la télévision, l'ordinateur, le téléphone ou les jeux vidéo ? <i>Combien de temps par jour :</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

VIE AFFECTIVE & EMOTIONNELLE - *Votre enfant :*

Est-il souvent angoissé ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Exprime-t-il de la tristesse ? <i>Si oui, à quel moment ?</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Exprime-t-il des peurs et/ou des préoccupations gênant sa vie quotidienne : Sur la saleté, les microbes, ou l'ordre par exemple ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Exprime-t-il souvent des inquiétudes à votre égard ou sur sa santé physique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Refuse-t-il de partir plusieurs jours chez une autre personne que les parents ? (grands-parents, famille, amis)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
N'a-t-il pas envie de jouer ? (il faut le pousser sans arrêt)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Est-ce que votre enfant se dévalorise (« je n'y arriverai jamais, je suis nul », ...) ? <i>Si oui, à quel(s) moment(s) ?</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Les difficultés éventuelles signalées dans les questions précédentes :	
Retentissent-elles dans la vie quotidienne à la maison ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Retentissent-elles à l'école ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON



Plateforme de Coordination et d'Orientation de la Nièvre

En COLLECTIVITE

(crèche, école, assistante maternelle...):

Y-a-t-il des difficultés concernant :	
Le comportement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'attention ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Les apprentissages scolaires ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Le langage	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Lecture-orthographe	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Ecriture	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Mathématiques	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, précisez les difficultés :	

ANTECEDENTS DE REEDUCATION (orthophonie, kinésithérapie ou autre...) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, pour quelle raison ? quelles rééducations ?

Remarques, difficultés autres que vous auriez observées et qui vous interrogent (<i>texte libre</i>) :



Plateforme de Coordination et d'Orientation de la Nièvre

SUIVIS ACTUELS

Votre enfant est suivi par :	Nom et Coordonnées	Depuis quand ?
<input type="checkbox"/> Médecin généraliste		
<input type="checkbox"/> Pédiatre		
<input type="checkbox"/> CAMSP		
<input type="checkbox"/> CMP		
<input type="checkbox"/> CMPP		
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute		
<input type="checkbox"/> Orthophoniste		
<input type="checkbox"/> Psychomotricien		
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute		
<input type="checkbox"/> Psychologue		
<input type="checkbox"/> Psychiatre / Pédopsychiatre		
<input type="checkbox"/> ORL		
<input type="checkbox"/> Ophtalmologue		
<input type="checkbox"/> Orthoptiste		
<input type="checkbox"/> Autre(s)		

En sollicitant la plateforme, j'autorise l'équipe de coordination à échanger des informations avec les professionnels médicaux et paramédicaux contribuant au parcours de mon enfant.

Fait le ___/___/___ , à _____

Signature du/des parent(s)
ou du substitut parental

A transmettre à la Plateforme de Coordination et d'Orientation :

Par mail : pco.nievre@lefieldariane-nievre.fr ou par courrier : 8 rue des docks – 58000 NEVERS

Téléphone : 03.86.71.98.50