



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

	Parent 1	Parent 2
Nom & prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Téléphone		
Adresse mail		
Profession		



Plateforme de Coordination et d'Orientation de la Nièvre

Nom du médecin traitant ou du médecin qui suit habituellement l'enfant (*si différent du médecin adresseur*) :

Joindre une attestation d'assurance maladie de moins de 3 mois

CONDITIONS DE VIE

SITUATION PARENTALE

Parents vivant dans le même foyer Famille monoparentale Famille recomposée

Enfant placé (ASE)

Coordonnées de l'assistant familial ou du tiers digne de confiance :

Nom, prénom :

Adresse, téléphone :

COMPOSITION DE LA FAMILLE

Nombre d'enfants vivant à la maison :

Nombre d'adultes vivant à la maison :

EVENEMENTS FAMILIAUX NOTABLES : OUI 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	
AESH (Accompagnant d'Elève en Situation de Handicap)	<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

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, trébuché souvent, pataud) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
A-t-il tendance à marcher/courir sur la pointe des pieds ?	<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 :	

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)		



Plateforme de Coordination et d'Orientation de la Nièvre

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@lefildariane-nievre.fr

ou par courrier : 8 rue des docks – 58000 NEVERS

Téléphone : 03.86.71.98.50

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par L'Association Le Fil d'Ariane sous la responsabilité du Directeur Général pour assurer le parcours de soins et le suivi des personnes accueillies.

Base légale du traitement : chapitre II, article 6 – 1 alinéa e du RGPD

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : CPAM, l'équipe de soin de la structure concernée et aux partenaires selon votre accord.

Les données sont conservées 20 ans après la clôture du dossier et a minima jusqu'au 28 ans de la personne accueillie.

Pour exercer vos droits (<https://www.cnil.fr/fr/passer-l'action/les-droits-des-personnes-sur-leurs-donnees>) ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre déléguée à la protection des données du Fil d'Ariane :

- par voie électronique : contact@lefildariane-nievre.fr => Créer dpo@lefildariane-nievre.fr

- par courrier postal : 8, rue des Docks 58000 NEVERS

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.