



## Dossier FAMILIAL

Nom de l'enfant : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Sexe : Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>
Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nationalité : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Date de naissance : <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/>	Lieu : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Adresse : <input style="width: 95%;" type="text"/>	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	

### Situation parentale :

Mariés   
  Vie maritale   
  Séparés   
  Divorcés   
  N'ayant jamais vécu ensemble   
  Autre

Situation parentale :	
<b>PARENT 1</b> Décédé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui le <input style="width: 40%;" type="text"/>	<b>PARENT 2</b> Décédé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui le <input style="width: 40%;" type="text"/>
NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/>	NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Date de naissance : <input style="width: 20%;" type="text"/> à <input style="width: 20%;" type="text"/>	Date de naissance : <input style="width: 20%;" type="text"/> à <input style="width: 20%;" type="text"/>
Adresse (si différente de celle du mineur) : <input style="width: 95%;" type="text"/>	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Profession : <input style="width: 95%;" type="text"/>	Profession : <input style="width: 95%;" type="text"/>
Téléphone : <input style="width: 95%;" type="text"/>	Téléphone : <input style="width: 95%;" type="text"/>

### Evenements familiaux :


### Fratrie de l'enfant :

Issue du couple parental	Age	Sexe	Demi-fratrie	Age	Sexe
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<u>Côté parent 1 :</u>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<u>Côté parent 2 :</u>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>



# PCO – TND 33

Plateforme de Coordination et d'Orientation  
Troubles Neuro Développementaux



## Dossier FAMILIAL

Qui vous a orienté vers la PCO ?

Quel médecin suit votre enfant ?

Avez-vous des interrogations concernant le développement de votre enfant ? Oui  Non

Si oui précisez :

Percevez-vous des aides concernant votre enfant ?.....Oui  Non

AEH  PCH  AJPP

Votre enfant bénéficie-t-il d'un accompagnement spécifique ?.....Oui  Non

AVS

### Mode de garde :

Quel a été le mode de garde de enfant avant l'entrée à l'école ?

**Scolarisation** :  Oui  Non  Déscolarisé depuis le :

Établissement	Année	Classe	Temps (plein/partiel)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom et adresse de l'école :

Votre enfant rencontre t il des difficultés à l'école ?.....Oui  Non

Si oui lesquelles ?



**Dossier FAMILIAL**

**ANTECEDENTS FAMILIAUX : (parents - fratrie - cousins)**

Certaines personnes ont-elles présenté des retards de développement ? (Langage motricité apprentissages scolaires) ..... Oui  Non

Si oui lesquelles ?


Ont-elles eu un suivi spécialisé?(psychiatre, pédopsychiatre, neuropédiatre autres).....Oui  Non

Si oui lesquelles ?


Ont-elles présenté des maladies somatiques ?.....Oui  Non

Si oui lesquelles ?


**ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE L'ENFANT :**

Votre enfant a-t-il des pathologies ?.....Oui  Non

Si oui lesquelles :


A-t-il été déjà opéré ?.....Oui  Non

Si oui précisez :


A-t-il des allergies ?.....Oui  Non

Si oui précisez :




**Dossier FAMILIAL**

Prend-il un Traitement actuellement ?..... Oui  Non

Si oui précisez :



A-t-il eu un bilan ORL et ophtalmologique ?..... Oui  Non

A t il été suivi par un professionnel de santé ?..... Oui  Non

Orthophoniste  Psychologue  Psychomotricien  ou autre

*Les prochaines questions portent sur ce que vous observez chez votre enfant. En fonction de son âge, certaines questions vous poseront peut-être des difficultés, n'hésitez pas à le signifier en fin de dossier.*

**HISTOIRE DEVELOPPEMENTALE :**

Grossesse et accouchement :

Avez-vous rencontré des difficultés médicales ou psychologiques pendant votre grossesse ?

Si oui précisez ?



Comment se sont déroulés l'accouchement et la naissance de votre enfant ?




Pendant la 1° année de vie de votre enfant :

A t il été allaité ? ..... Oui  Non

Comment mangeait il ?

Comment s'est passée la diversification alimentaire et à quel âge ?



# PCO – TND 33

Plateforme de Coordination et d'Orientation  
Troubles Neuro Développementaux



## Dossier FAMILIAL

Dormait-il bien ?..... Oui  Non

Votre enfant était plutôt : hypotonique  hypertonique

### Développement :

A quel âge votre enfant a-t-il marché ?

Sait-il : courir  , sauter  , attraper une balle  ?

A quel âge a-t-il dit ses premiers mots ?

A quel âge a-t-il construit sa première phrase ?

A quel âge a-t-il été propre le jour/la nuit ?

### Langage et communication socialisation :

Votre enfant peut-il associer 2 mots? Oui  Non  - Faire une phrase ? Oui  Non

Comprend-il le langage des autres ? Oui  Non

Peut-il répéter des mots ou phrases ? Oui  Non

Comment se fait-il comprendre des adultes (autres que ses parents)? Par des mots  ?  
Des gestes  ?

Comment vous montre-t-il quelque chose ? Par la parole  ? - En pointant  ? En vous  
prenant la main  ?

Fait-il des jeux d'imitation sociale : jouer à la dînette  , faire le ménage  ?

A-t-il besoin de rester seul certains moments ? Oui  Non

Recherche-t-il la présence des autres enfants? Oui  Non

A-t-il des copains ? Oui  Non

Va-t-il vers les adultes? Oui  Non

Dit-il bonjour, au revoir, merci, spontanément ? Oui  Non



# PCO – TND 33

Plateforme de Coordination et d'Orientation  
Troubles Neuro Développementaux



## Dossier FAMILIAL

A-t-il des routines ou rituels à la maison ? Oui  Non

Peut-il être contrarié par des changements dans ses habitudes ? Oui  Non

Si oui préciser :

A-t-il un intérêt particulier pour certains jeux ou certains sujets ? Oui  Non

Si oui préciser :

### Psychomotricité/repérage spatio-temporel/apprentissage :

Votre enfant est-il maladroit (pataud, chute souvent, renverse) ? Oui  Non  ?

Fait-il du vélo ? Oui  Non

Peut-il s'habiller seul ? Oui  Non  - Utiliser ses couverts ? Oui  Non

Fait-il des dessins ? Oui  Non  - Des puzzles ? Oui  Non

Des jeux de construction ? Oui  Non

Se repère-t-il dans la journée ? Oui  Non  - La semaine ? Oui  Non

### Sommeil alimentation sensorialité :

Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ? Oui  Non

A-t-il du mal à s'endormir le soir ? Oui  Non  - Se réveille-t-il la nuit ? Oui  Non

Lui arrive-t-il de venir dormir avec vous ? Oui  Non

Est-il parfois fatigué le matin ? Oui  Non  - Ronfle-t-il la nuit ? Oui  Non

Votre enfant a-t-il des goûts alimentaires particuliers ? Oui  Non

Est-il sélectif ? Oui  Non

Y a-t-il des textures ou des catégories d'aliments qu'il ne mange pas ? Oui  Non

Est-il gêné par des bruits ? Oui  Non  - Des odeurs ? Oui  Non

Aime-t-il faire des câlins ? Oui  Non

### Apprentissages :



# PCO – TND 33

Plateforme de Coordination et d'Orientation  
Troubles Neuro Développementaux



## Dossier FAMILIAL

Votre enfant rencontre-t-il des difficultés dans l'acquisition des apprentissages scolaires ? Oui  Non  - En lecture ou écriture ? Oui  Non  - Pour calculer ? Oui  Non

### Régulation comportementale et émotionnelle :

Votre enfant est-il agité ? Oui  Non

Peut-il se mettre en danger ? Oui  Non

A-t-il du mal à réaliser une activité en entier ? Oui  Non

Change-t-il souvent d'activités à la maison ? Oui  Non

A-t-il du mal à se concentrer en classe ou lors de ses devoirs ? Oui  Non

Se met-il facilement en colère ? Oui  Non  - Peut-il devenir agressif ? Oui  Non

Est-il bagarreur ? Oui  Non

Est-il opposant pour les règles de la vie quotidienne ? Oui  Non

Votre enfant est-il angoissé ? Oui  Non  - A-t-il des peurs particulières ? Oui  Non

A-t-il du mal à se séparer de vous ? Oui  Non

Est-il parfois triste ? Oui  Non  - Peut-il se dévaloriser ? Oui  Non

### Remarques autres ou autres difficultés signalées :
