

**VOLET 1
A REMPLIR PAR LA FAMILLE**

Coordonnées

NOM - PRENOM de l'enfant M ☐ F ☐
 Né(é) le : Lieu :
 Rang dans la fratrie : sur
 Adresse :
 CP/Ville :
 Personne à contacter ☎ :
 N° Affiliation à la Sécurité sociale de Vendée :

(Joindre l'attestation de l'assurance maladie)

Renseignements administratifs

Situation actuelle (cocher plusieurs cases si besoin) : ☐ Famille ☐ Garde Alternée ☐ Autre :

Parent 1 Nom de Famille Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐
 Nom de naissance : Prénom : M ☐ F ☐
 Adresse :
 Code Postal : Commune :
 Profession : Employeur :
 Tél domicile : Tél portable :
 @ :

Parent 2 Nom de Famille Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐
 Nom de naissance : Prénom : M ☐ F ☐
 Adresse :
 Code Postal : Commune :
 Profession : Employeur :
 Tél domicile : Tél portable :
 @ :

Autre responsable légal (personne physique ☐ ou morale ☐) Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐
 Organisme : Nom Prénom : M ☐ F ☐
 Fonction : Lien avec l'enfant :
 Adresse :
 Code Postal : Commune :
 Profession : Employeur :
 Tél 1 : Tél 2 :
 @ :

Accompagnement actuel

- ☐ Aide Sociale à l'Enfance ASE :
 - ☐ Mesure de placement (Famille d'accueil, Foyer de l'enfance, Placement en famille) – préciser :
 - ☐ Mesure d'accompagnement - actions éducatives à domicile (AED) ou en milieu ouvert (AEMO) :
- ☐ Libéral (orthophonie, ergothérapie, psychomotricité...) :
- ☐ CMP, CMPP (Lequel) :
- ☐ Autre (éducateur de prévention...) :

Information complémentaire

☐ Autre enfant déjà suivi par la PCO 7/12 ans :

Nom :

Prénom :

Scolarisation

Niveau scolaire en cours :

☐ Instruction En Famille / Scolarisation à domicile

☐ Maintien/Redoublement ? Si oui quel niveau :

Maison Départementale des Personnes Handicapées MDPH :

☐ Votre enfant a-t-il un dossier en attente d'une notification MDPH ?

Si oui, merci de joindre les documents

Nature de la demande MDPH :

☐ AESH (aide humaine en classe)

☐ AEEH (aide financière)

☐ MPA (matériel pédagogique adapté)

Vos observations

Merci de décrire les situations quotidiennes et les comportements observés chez votre enfant qui vous amènent à saisir la plateforme d'orientation et de coordination de Vendée.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vos attentes

Quel type d'accompagnement souhaitez-vous ?

.....

.....

.....

Quels sont les choix d'accompagnement que vous seriez susceptible de refuser ?

.....

.....

☐ **J'autorise** l'équipe pluridisciplinaire de la PCO à contacter les partenaires et à partager avec eux les informations utiles et nécessaires à la qualité et la continuité de l'accompagnement de l'enfant dont je suis le responsable légal.

Signature des parents ou représentant légal