

## A remplir par la famille

### I. Coordonnées

NOM - PRENOM de l'enfant : ..... M ☐ F ☐

Né(e) le : ..... Lieu : .....

Rang dans la fratrie : ..... sur .....

Adresse : .....

CP/Ville : .....

Personne à contacter ☎ : .....

Autre enfant déjà suivi par la PCO 7/12 ans : Nom : ..... Prénom : .....

### II. Responsables légaux

Situation actuelle : ☐ En couple ☐ Séparés ☐ Veuf/veuve ☐ Autre : .....

**Responsable 1** - lien de parenté : .....

Nom de Famille : ..... Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

Nom de naissance : ..... Prénom : ..... M ☐ F ☐

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Tél : .....

@ : .....

**Responsable 2** - lien de parenté : .....

Nom de Famille : ..... Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

Nom de naissance : ..... Prénom : ..... M ☐ F ☐

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Tél : .....

@ : .....

**Si l'enfant bénéficie d'une mesure de placement**

*Référent de placement*

Nom : ..... Prénom : ..... M ☐ F ☐

Tél : .....

@ : .....

*Famille d'accueil – Foyer de l'enfance*

Nom : ..... Prénom : ..... M ☐ F ☐

Code Postal : ..... Commune : .....

Tél : .....

@ : .....

**III. Accompagnement actuel**

**1. Mesure d'accompagnement (coordonnées et dates)**

☐ Educateur de prévention : .....

☐ Actions éducatives à domicile (AED) : .....

☐ Actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) : .....

**2. Accompagnement libéral**

☐ Orthophonie : .....

☐ Ergothérapie : .....

☐ Orthoptie : .....

☐ Psychomotricité : .....

☐ Médecin spécialiste (pédiatre, neuro-pédiatre...) : .....

☐ Psychologie : .....

.....

☐ Autre : .....

**3. Autre (coordonnées et dates)**

☐ CMP : .....

☐ CMPP : .....

☐ Autre : .....

**IV. Scolarisation**

Niveau scolaire en cours : .....

☐ Instruction En Famille / Scolarisation à domicile

☐ Maintien/Redoublement ? Si oui quel niveau : .....

V. Maison Départementale des Personnes Handicapées MDPH

Votre enfant a-t-il **un dossier en attente** d’une notification MDPH ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nature de la demande MDPH :

- ☐ AESH (aide humaine en classe)
- ☐ AEEH (aide financière)
- ☐ MPA (matériel pédagogique adapté)
- ☐ Autre : .....

Date de dépôt : .....

Votre enfant a-t-il **une reconnaissance** par la MDPH ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle et date de notification :

- ☐ AESH (aide humaine en classe) : .....
- ☐ AEEH (aide financière) : .....
- ☐ MPA (matériel pédagogique adapté) : .....
- ☐ Autre : .....

VI. Observations et attentes

1. **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.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. **Quel type d’accompagnement souhaitez-vous ?**

.....

.....

.....

3. **Quels sont les choix d’accompagnement que vous seriez susceptible de refuser ?**

.....

.....

## VII. Autorisation parentale et informations

☐ 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.

En signant l'accord parental, vous autorisez également la création du dossier de votre enfant sur la plateforme de travail numérique régionale nommée « E-Parcours ». Parcours est une solution numérique qui vise à recueillir les informations nécessaires au suivi du parcours de coordination, par les professionnels qui composent l'équipe de prise en charge. Les informations recueillies ainsi que les données de santé et/ou personnelles collectées dans le cadre du parcours, font l'objet d'un traitement informatique, dans une finalité de suivi de l'usager participant à l'amélioration de sa santé et à l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de ses proches. Ces données seront conservées durant au maximum 20 ans à compter du dernier entretien avec un professionnel de l'équipe de prise en charge, 10 ans à compter de la date de son décès, et jusqu'à l'âge de 28 ans pour les mineurs de moins de 8 ans au moment des actes (sauf décès) (conformément à l'article R.112-7 du Code de la santé publique). Conformément aux dispositions légales relatives au secret médical partagé (loi du 27 janvier 2016), les données recueillies dans le cadre de ce traitement peuvent être partagées avec d'autres interlocuteurs de l'équipe de prise en charge.

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de limitation, de rectification et d'effacement des données qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ces droits, veuillez-vous adresser au délégué à la protection des données (DPO) du Groupement e-santé Pays de la Loire : [dpo@esante-paysdelaloire.fr](mailto:dpo@esante-paysdelaloire.fr)

Date : .....

Signature du ou des représentant (s) légal (légaux) :

## VIII. Documents à joindre (uniquement des copies)

### 1. Obligatoire :

☐ Attestation de sécurité sociale (CPAM, MSA, MGEN...)

### 2. Si concerné :

☐ Bilans réalisés : ORL, orthoptiste, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, psychologue/ neuropsychologue...

☐ Eléments scolaires : bilan du psychologue scolaire, compte-rendu d'équipe éducative, PPRE, PAP

☐ Si dossier MDPH : GEVASCO, volet Famille et Certificat médical

☐ Si mesure de placement : attestation ou jugement