

DOSSIER FAMILLE

Afin de finaliser votre démarche auprès de nos services, merci de bien vouloir remplir ce document et de joindre les éléments demandés.

ENFANT		
Nom :	Prénom :	Sexe :
Date de naissance :	Lieu de naissance :	
N° de sécurité sociale :		
Caisse de rattachement :		
Qui vous a adressé vers le CAMSP ou la PCO ?		
Pour quelle(s) raison(s) ?		

COORDONNEES	Parent 1 / Représentant légal 1	Parent 2 / Représentant légal 2
Nom et prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Téléphone		
Adresse électronique		
Profession		
N° Sécurité Sociale + caisse de rattachement		
Moyens de transport utilisés (véhicule, transport en commun, ...)		

L'enfant vit principalement avec :

Parent 1 / représentant légal 1 Parent 2 / représentant légal 2

Autre (précisez nom et adresse en commentaire)

Commentaire :

Site internet : www.camsp.fr

Site de Besançon : 4 G Chemin de Palente 25000 Besançon - doubs@camsp.fr – 03.81.47.74.50

Site de Belfort : Centre les 4 AS, rue de l'As de Carreau 90000 BELFORT - aireurbaine@camsp.fr – 03.84.90.19.70

SITUATION DE L'ENFANT

MODE DE GARDE

- Crèche/Halte-Garderie OUI NON
- Assistante maternelle OUI NON
- Famille élargie (grands-parents...) OUI NON
- Autres, préciser :

SCOLARISATION

- Scolarisé OUI NON
- Classe : Nombre heures/semaine :
- Nom de l'enseignant :
- Nom et adresse de l'école :

Joindre une observation de l'enseignant ou faire remplir le document en annexe

- Observation ou bilan du psychologue scolaire OUI NON

Si oui, joindre l'observation et/ou le bilan du psychologue scolaire

PRESTATIONS

- Avez-vous déjà constitué un dossier MDPH* pour votre enfant ?** OUI NON

**Maison Départementale des Personnes Handicapées*

Si oui, pour quelles demandes ?

- AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)
- AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap)
- Orientation SESSAD (Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile), IME (Instituts Médico-Éducatif), ...
- Autres, préciser :

FRATRIE

Nom	Prénom	Date de naissance	Classe

- Un enfant de la fratrie a-t-il rencontré des difficultés de développement ?** OUI NON

Commentaire :

MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Nom Prénom :

Adresse :

Téléphone / mail :

BILANS ET CONSULTATIONS DEJA REALISES

Spécialité		Nom du professionnel	Date ou année	Ecrit compte rendu
Paramédicale	Kinésithérapeute			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Ergothérapeute			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Neuropsychologue			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Orthophoniste			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Orthoptiste			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Psychologue			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Psychomotricien			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Médicale	Généticien			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Médecin Physique et de Réadaptation			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Neuropédiatre Neurologue			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Ophtalmologiste			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	ORL			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Pédiatre			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Pédopsychiatre			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autres				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- Copie de l'attestation de sécurité sociale de l'enfant, en cours de validité
- Copie du livret de famille
- Photo de l'enfant (facultatif)
- Comptes rendus des bilans et consultations
- Photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale en cas de séparation des parents

Le carnet de santé sera à apporter à chaque rendez-vous médical.



**Ces éléments sont indispensables à l'étude de votre dossier.
Aucun bilan ne pourra débuter sans attestation de sécurité sociale valide.**

AUTORISATIONS

La réception de ce « dossier famille » vaut autorisation parentale au démarrage de l'accompagnement par le CAMSP / la PCO / l'EDAP. La signature d'un des deux parents suffit à condition que le parent signataire s'engage à informer et obtenir l'accord de l'autre parent.

Les missions CAMSP / PCO / EDAP de prévention, diagnostic et/ou interventions précoces nécessitent des échanges d'informations entre professionnels intervenant auprès de l'enfant. Le parent signataire de ce « dossier famille » autorise ces échanges, oraux ou écrits, en tenant compte des devoirs de réserve, discrétion et secret professionnels.

Fait à _____ le __/__/__

Dossier rempli par (nom/prénom) :

Signature(s) parent(s) /représentant légal

OBSERVATIONS DE L'ECOLE ou DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT (EAJE)

Nom et prénom de l'enfant :

Date :

Nom de l'établissement :

Nom / Prénom du professionnel :

Site internet : www.camsp.fr

Site de Besançon : 4 G Chemin de Palente 25000 Besançon - doubs@camsp.fr – 03.81.47.74.50

Site de Belfort : Centre les 4 AS, rue de l'As de Carreau 90000 BELFORT - aireurbaine@camsp.fr – 03.84.90.19.70

OBSERVATIONS ET/OU BILAN PSYCHOLOGUE SCOLAIRE

Nom et prénom de l'enfant :

Date :

Nom de l'école :

Nom / Prénom du psychologue scolaire :

Site internet : www.camsp.fr

Site de Besançon : 4 G Chemin de Palente 25000 Besançon - doubs@camsp.fr – 03.81.47.74.50

Site de Belfort : Centre les 4 AS, rue de l'As de Carreau 90000 BELFORT - aireurbaine@camsp.fr – 03.84.90.19.70