

## DOSSIER FAMILLE

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

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

### SITUATION DES PARENTS

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		

### SITUATION FAMILIALE

<input type="checkbox"/> Mariés	<input type="checkbox"/> Pacsés / Union libre	<input type="checkbox"/> Séparés / Divorcés	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Moyens de transport utilisés (véhicule, transport en commun, ...)*			<input type="checkbox"/> Monoparentale
Compréhension du français ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement	
Reconnaissance d'une situation de handicap de l'un ou des deux parents ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

\**Informations facultatives pour mieux vous accompagner (visites à domicile, recours à un interprète, ...)*

Site internet : [www.camsp.fr](http://www.camsp.fr)

Site de Besançon : 4 G Chemin de Palente 25000 Besançon - [doubs@camsp.fr](mailto: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](mailto:aireurbaine@camsp.fr) – 03.84.90.19.70

L'enfant vit principalement avec :

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

Autre (précisez nom, coordonnées téléphoniques et adresse en commentaire)

Commentaire :

### 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)

Etablissement médico-social (DAME PMO, accueil de jour, unité d'enseignement...)

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 :**

ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

**Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.)**       OUI       NON

Coordonnées :  
.....  
.....  
.....

**Service social ou éducatif (assistant de service social, éducateur spécialisé, TISF...)**       OUI       NON

Coordonnées :  
.....  
.....  
.....

Site internet : [www.camsp.fr](http://www.camsp.fr)

Site de Besançon : 4 G Chemin de Palente 25000 Besançon - [doubs@camsp.fr](mailto: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](mailto:aireurbaine@camsp.fr) – 03.84.90.19.70

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

Site internet : [www.camsp.fr](http://www.camsp.fr)

Site de Besançon : 4 G Chemin de Palente 25000 Besançon - [doubs@camsp.fr](mailto: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](mailto:aireurbaine@camsp.fr) – 03.84.90.19.70

#### LISTE DES PIECES A 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

Site internet : [www.camsp.fr](http://www.camsp.fr)

Site de Besançon : 4 G Chemin de Palente 25000 Besançon - [doubs@camsp.fr](mailto: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](mailto:aireurbaine@camsp.fr) – 03.84.90.19.70

**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](http://www.camsp.fr)

Site de Besançon : 4 G Chemin de Palente 25000 Besançon - [doubs@camsp.fr](mailto: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](mailto: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](http://www.camsp.fr)

Site de Besançon : 4 G Chemin de Palente 25000 Besançon - [doubs@camsp.fr](mailto: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](mailto:aireurbaine@camsp.fr) – 03.84.90.19.70