

## 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, 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

☐ Mariés ☐ Pacsés / Union libre ☐ Séparés / Divorcés ☐ Veuf(ve) ☐ Monoparentale

Moyens de transport utilisés (véhicule, transport en commun, ...)*		
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 : .....

.....

.....

BILANS ET CONSULTATIONS DEJA REALISES

Spécialité		Nom du professionnel	Date ou année	Ecrit Compte-rendu
<b>Paramédicale</b>	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
<b>Médicale</b>	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
<b>Autres</b>				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

### 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

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