

## QUESTIONNAIRE FAMILLE - PCO DES YVELINES

PLATEFORME DE COORDINATION ET D'ORIENTATION POUR LES ENFANTS  
AVEC TROUBLES DU NEURO-DEVELOPPEMENT

Maison d'Espagne 50 rue Berthier 78000 Versailles - Tél. : 01 39 63 91 08  
pcoyvelines.chv@ght78sud.fr

Nous vous remercions de remplir ce document concernant votre enfant et votre famille, et joindre les bilans déjà réalisés.

Si ce document est rempli par une autre personne, merci de nous le préciser et noter ses coordonnées : ...

**NOM de l'enfant :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Sexe :** Féminin  Masculin

**Nationalité :**

**Adresse de l'enfant :**

**Code postal :**

**Commune :**

**Parent 1 :** Père  Mère

**NOM :**

**Prénom :**

**Adresse (si différente) :**

**Tél :**

**E-mail (lisible) :**

**Profession :**

**Date de naissance :**

**Parent 2 :** Père  Mère

**NOM :**

**Prénom :**

**Adresse (si différente) :**

**Tél :**

**E-mail (lisible) :**

**Profession :**

**Date de naissance :**

**Situation parentale :**

Famille monoparentale

Vie maritale /Mariés

Séparés/Divorcés

En cas de séparation, mode de garde ? .....

Détenteur(s) de l'autorité parentale ? Parent 1  Parent 2  Les 2 parents

**Composition de la famille (frères et sœurs) vivant au domicile ou non**

Nom et prénom	Age	Classe	Remarques

**Langue(s) parlée(s) au domicile :**

**Antécédents familiaux :**

Dans votre famille, même éloignée (cousins...), des personnes ont-elles :

- présenté **un retard ou trouble dans leur développement** (pour le langage, la motricité, la socialisation, difficultés scolaires...) ?    oui     non
- bénéficié d'un **suivi spécialisé** (CMP, CAMSP, suivi psychologique, orthophonie, psychomotricité...) ?  
oui     non

Si oui, lequel ? .....

**Quelles sont vos inquiétudes ou interrogations concernant le développement de votre enfant ?**

*Merci de préciser ce qui, dans le développement de votre enfant, motive la demande à la PCO, vos questionnements ou ceux de l'entourage :*

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Coordonnées de l'assistante sociale qui vous suit :

Votre numéro d'allocataire CAF : .....

Votre enfant a-t-il un dossier MDPH en cours ?      oui     non     Date de dépôt : .....

Avez-vous reçu une notification de la MDPH ?      oui     non     Numéro de dossier : .....  
*Copie de la notification à joindre au dossier*

Votre enfant a-t-il une ALD (prise en charge à 100% par la CPAM) ?    oui     non     Motif : .....

Votre enfant est-il suivi dans le réseau SUNNY ?      oui     non

## HISTOIRE DEVELOPPEMENTALE

**Naissance :**

Terme : ....      Taille : ....      Poids : ....      Périmètre crânien : ....  
Césarienne ?      oui       non   
Hospitalisation à la naissance :    oui       non

**A quel âge votre enfant a-t-il marché ? .....**

Avez-vous rencontré des difficultés pour la diversification alimentaire ?

Avez-vous rencontré des difficultés pour l'introduction des morceaux ?

**Bilans sensoriels**

L'audition a-t-elle été contrôlée ?      oui     non     (*joindre le bilan ORL*)  
La vision a-t-elle été contrôlée ?      oui     non   
Votre enfant porte-t-il des lunettes ?    oui     non

**Langage**

Age des premiers mots autres que papa et maman :

Comment se fait-il comprendre des adultes (autres que les parents) ?

Par des mots

Par des gestes

Votre enfant comprend-t-il ce que les gens disent ?      oui     non

Dit-il « *bonjour* », « *au revoir* », « *merci* » spontanément ?    oui     non

**Motricité**

Votre enfant est-il maladroit (renverse souvent ou chute) ?    oui     non

Sait-il s'habiller seul ?      oui     non

Fait-il du vélo ?      oui     non

### Sommeil

A-t-il du mal à s'endormir le soir ?                      oui     non

Dort-il parfois/souvent avec vous ?                      oui     non

### Centres d'intérêt et jeux

Votre enfant s'intéresse-t-il aux autres enfants (camarades, cousins, ...) ?    oui     non

Votre enfant joue-t-il à faire semblant, comme donner à manger à des peluches/poupées ?    oui     non

Depuis qu'il se déplace seul, votre enfant amène-t-il des objets pour vous les montrer ?    oui     non

Votre enfant pointe-t-il du doigt pour vous montrer des choses qui l'intéressent ?                      oui     non

### Comportement

Peut-il se mettre en danger ?                      oui     non

Se met-il facilement en colère ?                      oui     non

Est-il vite angoissé ?                      oui     non

A-t-il du mal à se séparer de vous ?                      oui     non

## SCOLARITE et SUIVIS

### Mode de garde préscolaire :

*(Maison, crèche collective, crèche familiale, assistante maternelle...)*

### La scolarité :

Si votre enfant est scolarisé, quel est son parcours ?

Année	Classe	Temps (partiel/complet)	AESH (oui/non)

Y-a-t'il eu des difficultés déjà signalées par l'école ?                      oui                       non

Si oui, lesquelles ?

*Joindre les comptes-rendus d'équipe éducative s'il y en a eu.*

Nom et adresse de l'école : .....

A-t-il rencontré la psychologue scolaire ou le médecin scolaire ?                      oui     non

Si oui, merci d'indiquer leur(s) nom(s) et si possible n° de téléphone :

- Mme/M./Dr. ...

Tél. :

## Suivis :

Votre enfant a-t-il été ou est-il suivi : est-il suivi par un professionnel de santé en libéral ou CMP (si oui, merci de **joindre les bilans** pratiqués) et noter son nom et ses coordonnées :

Spécialité	Coordonnées
Généraliste / Pédiatre / PMI	
Orthophoniste	
Psychologue	
Psychomotricien / Ergothérapeute	
CMP/CMPP	

 **Merci de joindre les comptes rendus médicaux en votre possession si votre enfant est/a été suivi ou opéré**

★ **Rappel** : *l'attestation de droits à l'Assurance maladie des Yvelines est impérative à la constitution du dossier.*

### Signatures obligatoires des deux parents ou des responsables légaux pour autoriser :

-  L'entrée de l'enfant dans le **parcours PCO**
-  Toute communication orale et écrite ou communication des comptes-rendus entre la PCO et les professionnels impliqués dans la prise en charge de l'enfant ainsi que la MDPH

Date :

Parent 1

Parent 2

**Attention : la PCO se situe au 50 rue Berthier à Versailles**  
(et non à l'hôpital Mignot, situé au Chesnay)