

Plateforme de Coordination et d'Orientation 62Intérieur 7- 12ans

Parcours de bilan et d'intervention pour les enfants avec
Troubles du Neuro-Développement (TND) – **FICHE ASE**



Nom/ Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Ecole et Classe de l'enfant :

N° de sécurité sociale :

MDS de référence/secteur :

Référent ASE :

Contact : mail : **Téléphone** :

Antécédents éventuels frères et sœurs :

Nom Prénom	Age	Particularités / Suivi médical / Rééducation ?

COORDONNEES DES REPRESENTANTS LEGAUX

Détention de l'autorité parentale

☐ Conjointe (parent 1 et 2)

☐ Parent 1 uniquement (sur décision judiciaire) ☐ Parent 2 uniquement (sur décision judiciaire)

☐ Autre :

Situation :

☐ maritale ☐ séparée / divorcée

☐ veuf / veuve

☐ Autre :

Parent 1 :

Nom/Prénom :

Téléphone :

Email :

Adresse postale :

.....

.....

Profession :

Parent 2 :

Nom/Prénom :

Téléphone :

Email :

Adresse postale :

.....

.....

Profession :

L'enfant vit :

☐ En famille d'accueil

☐ En foyer

☐ Autre :

Adresse actuelle de l'enfant :

Nom/Prénom :

Téléphone :

Email :

Adresse postale :

.....

Contacts des professionnels de santé gravitant autour de l'enfant <i>Nom/Prénom, Adresse/Ville, Email et/ou téléphone</i>	
Médecin Traitant	Médecin PMI / ASE référent
Orthophoniste	Psychologue / Neuropsychologue
Psychomotricien	Ergothérapeute
Autre :	Autre :

Notifications MDPH : ☐ NON ☐ En cours ☐ OUI

Type d'aide : ☐ AEEH / ☐ AESH / ☐ MPA / ☐ Autre :

☐ Nous autorisons la PCO à prendre contact avec ces professionnels, si nécessaire, dans le cadre de l'étude du dossier de l'enfant.

SIGNATURES : PARENT 1 :

PARENT 2 :

ou

DIRECTEUR Service ASE :

Remarques / Attentes vis-à-vis de la PCO :

.....

.....

.....

.....