

Nom/Prénom de l'enfant : Date de naissance :

Classe et école de l'enfant :

N° sécurité sociale :

Antécédents Frères et sœurs :

Nom Prénom	Age	Classe	Particularités / Suivi médical / Rééducation ?

COORDONNEES DES REPRESENTANTS LEGAUX

Situation parentale :

☐ maritale ☐ séparée / divorcée ☐ veuf / veuve ☐ Autre :

Détention de l'autorité parentale

☐ Conjointe (parent 1 et 2)
☐ Parent 1 uniquement (sur décision judiciaire) ☐ Parent 2 uniquement (sur décision judiciaire)
☐ Autre :

Parent 1 :

Nom/Prénom :

Téléphone :

Email :

Adresse postale :

.....

.....

Profession :

Parent 2 :

Nom/Prénom :

Téléphone :

Email :

Adresse postale :

.....

.....

Profession :

Personne vous ayant orienté vers la PCO :

Nom Prénom :

Profession :

Notifications MDPH : ☐ NON ☐ en Cours ☐ OUI

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

Quelles sont vos attentes de la prise en charge à la PCO ?

.....

Professionnels de santé gravitant autour de l'enfant Nom/Prénom, Adresse/Ville, Email et/ou téléphone	
Médecin Traitant 	Pédiatre / Neuropédiatre
Orthophoniste 	Psychologue / Neuropsychologue
Psychomotricien 	Ergothérapeute
Autre : 	Autre :

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

SIGNATURES :

PARENT 1 :

PARENT 2 :

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....