

Délégation interministérielle  
à la stratégie nationale pour l'autisme au sein  
des troubles du neuro-développement

**REPÉRER ET GUIDER**

**A REMPLIR PAR LA FAMILLE ET PAR L'ECOLE/PETITE ENFANCE**

 **Volet à remplir  
par la famille**

 **Volet à remplir  
par l'enseignant / PETITE ENFANCE**





**Volet à remplir  
par la famille**



**Documents à nous retourner impérativement**

# **CHARTRE D'ENGAGEMENT** de

**La Plateforme de coordination et d'orientation (PCO) pour la  
Suspicion des Troubles du neuro développement (TND) de l'Oise**

La plateforme permet l'intervention précoce et coordonnée de professionnels soignants, pour les enfants de 0 à 7 ans, présentant des signes de troubles du neurodéveloppement.

Les professionnels qui peuvent être mobilisés sont les professionnels des établissements partenaires de la plateforme ou des professionnels libéraux pris en charge par l'Assurance Maladie (médecins, orthophonistes, orthoptistes, kinésithérapeutes) et/ou les professionnels libéraux non pris en charge pouvant bénéficier des forfaits précoces (psychomotriciens, psychologues et ergothérapeutes, liste fournie de professionnels ayant conventionné avec la plateforme directement rémunérés par la plateforme).

Les parents prennent eux-mêmes rendez-vous et en informent la Plateforme. Ils s'engagent à honorer les rendez-vous. En cas d'absence à 2 rendez-vous sans annulation la veille, les forfaits précoces seront suspendus.

**Consentement.** Les parents consentent à ce qu'un dossier informatisé sur la plateforme soit constitué et sauf indication contraire écrite de leur part, que les comptes rendus de consultation, de bilan et d'intervention précoce soient accessibles et transmis à la famille et à tous les professionnels de santé du parcours de leur enfant.

*Je soussigné(e) .....,  
représentant légal de l'enfant .....,  
certifie avoir pris connaissance de la charte de fonctionnement de la PCO de l'Oise  
et m'engage à la respecter. Je joins à ce courrier les copies des documents  
demandés ci-dessous.*

« Lu et approuvé »      Signature

Merci de nous envoyer par courrier ou par mail [secretariatPCO-Oise@ch-beauvais.fr](mailto:secretariatPCO-Oise@ch-beauvais.fr) les documents suivants :

- Le dossier de repérage suspectant un trouble du neuro développement complété par votre médecin**
- Attestation de droits à l'assurance maladie**
- Photocopie de la carte d'identité des parents**
- Attestation d'assurance responsabilité civile**
- Photocopie du livret de famille**
- Une photo de l'enfant**
- Le questionnaire ci-dessous**

*Enfin, N'hésitez pas à nous transmettre ou nous informer de tout dossier MDPH en cours, ainsi que tout bilan, examen, consultation complémentaire, ou suivi en cours ou en attente dans une structure telle que les CMP, CMPP, CAMSP.*

Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans



# FORMULAIRE FAMILLE

à remplir par la famille

## Environnement familial

**Autres Coordonnées représentant légal de l'enfant**  Mère  Père  \_\_\_\_\_

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Mail de contact : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Véhiculé :  OUI  NON      En activité :  OUI  NON      Autorité parentale :  OUI  NON

**Autres Coordonnées représentant légal de l'enfant**  Mère  Père  \_\_\_\_\_

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Mail de contact : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Véhiculé :  OUI  NON      En activité :  OUI  NON      Autorité parentale :  OUI  NON

## Situation parentale

Parents même foyer  Famille monoparentale  Séparés  Veuf/Veuve

Parent contraint de réduire son activité professionnelle ?     OUI     NON

**Adresse postale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Composition famille de l'enfant / Fratrie :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans



# FORMULAIRE FAMILLE

à remplir par la famille

## Antécédents médicaux

### Grossesse, accouchement, périnatalité

Terme de naissance : \_\_\_\_\_  Césarienne : si oui, pourquoi ?

Taille :

Poids :

Périmètre crânien :

Apgar :

Anomalies néonatales :

Votre enfant a-t-il été hospitalisé en néonatalogie ?  OUI  NON

(Merci de nous donner le compte rendu d'hospitalisation)

Autres infos :

### Antécédents médicaux, troubles du développement membres de la famille

Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans



# FORMULAIRE FAMILLE

à remplir par la famille

Suivis AVANT la PCO TND de l'Oise ou A VENIR

**Médecin spécialiste** \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

**ORL** \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

**Ophtalmologue** \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

**Médecin traitant** \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

**Autre médecin** \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

**Ergothérapeute** \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

**Psychologue** \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

**Psychomotricien** \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans



# FORMULAIRE FAMILLE

à remplir par la famille

**Kinésithérapeute** \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

**Orthophoniste** \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

**Orthoptiste** \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

**Autre suivi** \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

**STRUCTURES Sanitaires, Médico-sociales (CAMSP, CMP, CMPP suivi ou attente)**

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

**AIDE SOCIALE** Avez-vous des mesures d'accompagnement ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

**MDPH (Dossier MDPH**  en constitution  déposé  notifié )

**AEEH**  OUI  NON **ORIENTATION SCOLAIRE** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans



# FORMULAIRE FAMILLE

à remplir par la famille

## Vie quotidienne

**TOILETTE / HABILLAGE / PROPETE / SOMMEIL / REPAS**

**MOTRICITE** A quel âge votre enfant a-t-il marché ? \_\_\_\_\_

*Autres infos (marche, course, activité, équilibre, escalier, ...) :*

**LANGAGE / COMPREHENSION** A quel âge a-t-il dit ses premiers mots ? \_\_\_\_\_

Comprend-il les consignes simples ?  OUI  NON

*Autres infos (son langage, ses connaissances, sa communication) :*

Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans



# FORMULAIRE FAMILLE

*à remplir par la famille*

## SOCIALISATION / COMPORTEMENT / INTERÊTS / EXPOSITION ECRANS

### Autres infos :

Si l'enfant a moins de 3 ans vous pouvez remplir « l'annexe parents et professionnels petite enfance » [ci-jointe](#).

**Demande initiale** *Quelles inquiétudes avez-vous quant au développement ou aux difficultés rencontrées par votre enfant ? Qu'attendez-vous de la PCO TND de l'Oise.*



**Volet à remplir**  
**par l'enseignant** / PETITE ENFANCE

Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans



# FORMULAIRE PEDAGOGIQUE

à remplir par l'école / crèche

Avec l'accord des parents, la **Plateforme de Coordination et d'Orientation de l'Oise pour le bilan et le diagnostic précoce des troubles du neuro-développement** souhaiterait recueillir des informations concernant la situation scolaire de \_\_\_\_\_ pour lequel un dossier d'adressage est soumis à la PCO. Pour mieux comprendre la demande et répondre au mieux aux besoins de l'enfant, il nous serait très utile que vous nous communiquiez vos observations en complétant le document suivant.

*Dans le cadre de la RGPD, les données confidentielles transmises seront susceptibles d'être partagées uniquement avec d'autres professionnels de santé et archivées dans le dossier médical personnalisé de l'enfant.*

*Nous vous remercions de bien voulu répondre à ce questionnaire qui contribuera à l'évaluation de ses éventuelles difficultés.*

## Petite Enfance

Crèche       Assistante maternelle       A la maison       Autre

Depuis \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Coordonnées \_\_\_\_\_

Si l'enfant a moins de 3 ans vous pouvez remplir « l'annexe parents et professionnels petite enfance » ci-jointe.

## Ecole primaire

Année scolaire \_\_\_\_/\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Temps \_\_\_\_\_

Coordonnées école/ enseignant \_\_\_\_\_

Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans



# FORMULAIRE PEDAGOGIQUE

à remplir par l'école / crèche

## Aides, aménagements, réunions et démarches entamées

### Observation psychologue scolaire

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (à joindre si possible avec accord des parents)

Coordonnées du RASED

---

---

---

### Equipe Educative

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (à joindre si possible avec accord des parents)

Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans



# FORMULAIRE PEDAGOGIQUE

à remplir par l'école / crèche

## Adaptations envisagées dans le cadre de la MDPH

Compensations scolaires par la MDPH ( constitution  déposé  notifié)

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

## Equipe de Suivi de Scolarisation

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Infos \_\_\_\_\_

GevaSco complété  NON  OUI (à joindre si possible avec accord des parents)

Coordonnées de l'enseignant référent

Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans



# FORMULAIRE PEDAGOGIQUE

*à remplir par l'école / crèche*

## Apprentissages scolaires / Petite enfance

## Comportements