ASSOCIATION C•A•M•S•P DU DOUBS ET DE L'AIRE URBAINE

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 A / Représentant légal A**	**Parent B / Représentant légal B**
Nom et prénom		
Date de naissance		
Adresse *(en cas de séparation remplir les deux adresses ou indiquer « adresse inconnue »)*		
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 ?*	☐ **Oui** ☐ **Non** ☐ **Partiellement**	☐ **Oui** ☐ **Non** ☐ **Partiellement**
Reconnaissance d'une situation de handicap de l'un ou des deux parents ?*	☐ **Oui** ☐ **Non**	☐ **Oui** ☐ **Non**

Informations facultatives pour mieux vous accompagner (visites à domicile, recours à un interprète, ...)

L'enfant vit principalement avec :

☐ **Parent A / représentant légal A** ☐ **Parent B / représentant légal B**

☐ **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 :……

……

……

ASSOCIATION C·A·M·S·P DU DOUBS ET DE L'AIRE URBAINE

BILANS ET CONSULTATIONS DEJA REALISES

Spécialité		Nom du professionnel	Date ou année	Ecrit Compte-rendu
Paramédicale	Kinésithérapeute			☐ OUI ☐ NON
	Ergothérapeute			☐ OUI ☐ NON
	Neuropsychologue			☐ OUI ☐ NON
	Orthophoniste			☐ OUI ☐ NON
	Orthoptiste			☐ OUI ☐ NON
	Psychologue			☐ OUI ☐ NON
	Psychomotricien			☐ OUI ☐ NON
Médicale	Généticien			☐ OUI ☐ NON
	Médecin Physique et de Réadaptation			☐ OUI ☐ NON
	Neuropédiatre Neurologue			☐ OUI ☐ NON
	Ophtalmologiste			☐ OUI ☐ NON
	ORL			☐ OUI ☐ NON
	Pédiatre			☐ OUI ☐ NON
	Pédopsychiatre			☐ OUI ☐ NON
Autres				☐ OUI ☐ 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.

INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT DES DONNEES

Ces éléments sont recueillis par le CAMSP en tant que responsable de traitement et obligatoires pour réaliser l'accompagnement de votre enfant.

Ces informations sont partagées en tout ou partie entre les professionnels participant à l'accompagnement et sont conservées pendant une durée de 20 ans ou jusqu'au 28ème anniversaire de l'enfant.

Dans le cas où votre demande n'aboutisse pas à un accompagnement par le CAMSP, les données sont archivées puis supprimées au bout d'un an.

Les traitements nécessaires à l'accompagnement sont réalisés dans le cadre des missions légales et réglementaires du CAMSP. Les données relatives à la santé font l'objet d'une protection renforcée conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Pour toute question sur le traitement de vos données ou concernant l'exercice de vos droits vous pouvez consulter le site de la CNIL : www.cnil.fr ou contacter notre déléguée à la protection des données (dpo@fpluriel.org).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

AUTORISATIONS

J'ai lu et certifie avoir été informé(e) sur mes données et donne mon accord de principe pour leur utilisation par le CAMSP.

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 :

OBSERVATIONS ET/OU BILAN PSYCHOLOGUE SCOLAIRE

Nom et prénom de l'enfant : **Date :**

Nom de l'école :

Nom / Prénom du psychologue scolaire :