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 :……

……

……

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**

☐ **Photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale en cas de séparation des parents**

☐ **Autorisation de partage d'information complétée et signée (document annexé au dossier famille)**

☐ **Copies des comptes rendus des bilans et consultations réalisés**

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.

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 :

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

AUTORISATION PARTAGE D'INFORMATION

Codification : *AUT_PART_INFO*
Version : *01*
Empl. *: Commun / Documents ressources*
Date d'application : *09/11/2026*
Date de révision : *09/11/2031*

Préambule

Dans le cadre de l'accompagnement proposé à votre enfant par nos différents dispositifs (CAMSP, PCO, EDAP, PCPE), des échanges d'informations peuvent être nécessaires entre les professionnels intervenant auprès de lui.

Ces échanges ont pour objectif de :

- Favoriser la coordination et la continuité de son parcours ;
- Permettre une meilleure articulation entre les différents professionnels ;
- Éviter, lorsque cela est possible, la répétition inutile des démarches et évaluations ;
- Contribuer à l'adaptation des accompagnements proposés à l'enfant.

Seules les **informations pertinentes et nécessaires à la coordination du parcours** sont susceptibles d'être échangées. Le présent document vous permet d'autoriser, refuser ou limiter ces partages d'information.

1. Identification de l'enfant

Nom de l'enfant :
Prénom(s) :
Date de naissance :

2. Identification des titulaires de l'autorité parentale

Conformément au droit français, l'autorisation doit être donnée conjointement par les deux parents, ou par le ou les titulaires de l'autorité parentale (tuteur, Pole Enfants Confiés...).

Représentant légal A
Nom et prénom :
Lien avec l'enfant (père / mère / tuteur / autre) :
Adresse :

Représentant légal B
Nom et prénom :
Lien avec l'enfant (père / mère / tuteur / autre) :
Adresse :

3. Type d'informations susceptibles d'être échangées

- Informations administratives nécessaires au parcours
- Informations concernant la demande d'accompagnement et les difficultés repérées
- Informations concernant le développement de l'enfant
- Informations relatives à la socialisation ou la scolarité, et aux besoins repérés dans ce cadre
- Bilans, comptes rendus et résultats d'évaluations utiles à la coordination
- Informations relatives aux accompagnements et soins en cours ou antérieurs
- Informations médicales, psychologiques et/ou paramédicales nécessaires à la coordination
- Autres informations nécessaires au parcours

4. Professionnels ou structures avec lesquels les échanges peuvent avoir lieu

- Professionnels de soins libéraux (Médecin traitant, Pédiatre, Médecin spécialiste, Orthophoniste, Psychomotricien, Ergothérapeute, Kinésithérapeute, Psychologue…)
- Structures petite enfance
- Établissements scolaires
- Professionnels de services hospitaliers ou structures médico-sociales
- Services du Conseil Départemental (PMI, CMS, PEC) lorsque cela est pertinent pour le parcours

Il s'agit de professionnels étant intervenus avant l'admission de votre enfant ou pendant son parcours d'accompagnement ou encore en vue d'un relai d'accompagnement.

5. Nature des échanges

Les échanges peuvent prendre la forme :

- d'échanges oraux entre professionnels (échanges téléphoniques, réunions de coordination…)
- d'échanges écrits ou électroniques (mails) sécurisés (transmission de bilans, comptes rendus…)

Les professionnels sont tenus de respecter les règles de confidentialité, de secret professionnel et de protection des données personnelles qui leur sont applicables.

6. Consentement donné

Merci de cocher une des cases ci-dessous et d'apporter les précisions nécessaires en cas de limitation ou exclusion de certaines structures ou professionnels.

☐ OUI, j'autorise les échanges d'informations nécessaires à la coordination du parcours de mon enfant dans les limites précisées dans le présent document.

☐ NON, je n'autorise pas ces échanges (Attention : dans ce cas un parcours PCO ne pourra être engagé).

☐ Je souhaite limiter mon autorisation d'échanges d'informations aux structures / professionnels suivants :

☐ Je souhaite exclure les structures et professionnels suivants de mon autorisation d'échanges d'informations :

7. Durée de l'autorisation

La présente autorisation est consentie pour la durée d'accompagnement de l'enfant par un dispositif (CAMSP, PCO, EDAP, PCPE) et jusqu'à son 28ème anniversaire conformément à la réglementation, sauf révocation expresse.

8. Droit de rétractation

Vous pouvez à tout moment, sans avoir à vous justifier, retirer tout ou partie de cette autorisation, en adressant un courrier ou un courriel à la direction du CAMSP. Ce retrait de consentement prendra effet pour l'avenir ; il ne remet pas en cause le caractère licite des échanges qui auraient été réalisés antérieurement sur la base du consentement donné.

9. Informations relatives à la protection des données (RGPD)

Responsable du traitement : CAMSP du DOUBS et de l'Aire Urbaine, représenté par la Direction.
Les données recueillies et échangées dans le cadre du parcours PCO sont traitées conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles. Le délégué à la protection des données (DPO) peut être sollicité si besoin.

10. Signatures

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / _____

Représentant légal A Nom, prénom : Signature :	**Représentant légal B** Nom, prénom : Signature :