

**DOSSIER COMPLEMENTAIRE FAMILLE**

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Sexe : Fille  Garçon

Date de naissance...../...../..... Lieu : .....

Nom du médecin traitant : .....

	Mère	Père
<b>Nom et prénom</b>		
<b>Date de naissance</b>		
<b>Adresse</b>		
<b>Téléphone</b>		
<b>Adresse mail</b>		
<b>Profession</b>		

• Situation parentale :

Mariés  Union libre  Pacsés  Divorcés  Séparés  Veuf(ve)

• Autorité parentale :

Père  Mère  Les deux  Autres représentant légal (précisez )

• Fratrie :

oui  non

Si oui nombre de frères et sœurs et date de naissance

- ..... - ..... - ..... - .....

- Bénéficiez-vous d'une notification MDPH pour votre enfant :  OUI  NON

Date de dépôt    /    /

- BENEFCIEZ-VOUS D'AIDES :

AEEH	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AVS	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
PPS (plan personnalisé de scolarisation)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AJPP	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Suivi par une structure (CAMPS, CMPP, CMPEA, SESSAD, autres...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Votre enfant est-il suivi régulièrement par des professionnels (ex : orthophoniste, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, neuropédiatre, généticien...) ? si oui veuillez indiquer les noms des intervenants et leurs coordonnées. Merci de nous joindre les comptes rendus qui vous paraissent utiles à l'évaluation de la demande.

Nom	Spécialité	Coordonnées (mail et téléphone)	Fréquence	Depuis quand

- Quelles sont vos inquiétudes concernant le développement de votre enfant ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**SIGNATURE OBLIGATOIRE DES DEUX PARENTS**

**En sollicitant la plateforme, j'autorise l'équipe de coordination à échanger des informations médicales avec les professionnels médicaux et paramédicaux de mon enfant.**

Signature de la mère :

Signature du père :

Si impossibilité de signer d'un des deux parents :

Je soussignée.....certifie avoir informé le 2<sup>ème</sup> parent..... Responsable  
légal de l'enfant mineur.....de la prise en charge par la plateforme.

**A transmettre par courrier ou par mail à la plateforme de coordination et d'orientation TND 34**

**CHU de Montpellier – Hôpital La Colombière**

**SMPEA Peyre Plantade**

**PCO TND 34**

**291 Av. du Doyen Gaston GIRAUD**

**34295 Montpellier cedex 5**

[pcotnd34@chu-montpellier.fr](mailto:pcotnd34@chu-montpellier.fr)

### **Pièces à joindre**

- Photocopie de l'attestation de la sécurité sociale (avec rattachement de l'enfant)
- Photocopie de la carte de mutuelle
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie des pièces d'identité des deux parents
- En cas de divorce photocopie du jugement indiquant l'autorité parentale
- Compte rendus des professionnels qui suivent votre enfant (ORL, orthophonie, courriers médicaux)