

**Centre Référent des Troubles Spécifiques de
l'Apprentissage du Langage Oral et Ecrit**

Hôpital d'Enfants 3^{ème} étage
14 rue Paul Gaffarel
BP 77908
21079 DIJON cedex
Tel.:03.80.29.53.91
Fax: 03.80.29



Enfant	N° de dossier
---------------	----------------------

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Données administratives

Caisse d'Assurance Maladie

(* fournir une copie de la carte d'assuré social et de l'attestation à réclamer à votre caisse d'assurance maladie)

Adresse :

NOM Prénom de l'assuré prenant en charge l'enfant :

N°d'Immatriculation :

Mutuelle (* fournir une copie de la carte d'adhérent)

Adresse :

NOM Prénom de l'assuré prenant en charge l'enfant :

N°d'adhérent :

MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

Votre enfant a-t-il une reconnaissance de handicap ?

Oui Non

Si oui, à quel pourcentage est-il évalué : (* fournir une copie de l'attestation)

< 50 % 50 % entre 50 et 80 % > 80 %

Données familiales

Les parents ou représentants légaux:

NOM – Prénom du Père :
Adresse :
Code Postal et ville :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Profession :
Situation familiale : Marié – Vie maritale – Séparé – Veuf Conjointe : à remplir si différent de la mère NOM- Prénom Adresse :

NOM – Prénom de la mère :
NOM de jeune fille :
Adresse :
Code Postal et ville :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Profession :
Situation familiale : Mariée – Vie maritale – Séparée – Veuve Conjoint : à remplir si différent du père NOM- Prénom Adresse :

En cas de séparation des parents :

Autorité parentale :

Conjointe : Non - Oui

Père : Non - Oui

Mère : Non - Oui

Fratrie :

Prénom	Date de naissance	Classe et établissement fréquentés	Antécédents troubles du langage oral et/ou écrit	Prise en charge Par quel professionnel de santé ?
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Parents :

	Antécédents troubles du langage ou apprentissage ?	Prise en charge Par quel professionnel de santé ? Rééducation orthophonique ?
Mère	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lequel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Père	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lequel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Prise en charge actuelle de l'enfant

Médecin traitant : Nom Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Autres professionnels impliqués dans la prise en charge de l'enfant

Nom/Prénom	Profession	Adresse/Code postal /Ville	Téléphone Fax e.mail

Coordonnées de l'école fréquentée actuellement :

Nom de l'enseignant :

Classe :

Votre bénéficiaire-t-il d'une AVS (ou d'une EVS) ?

Oui Non

Si oui, est-ce une

AVSi AVSco Autre, préciser :.....

Prise en charge antérieure

Année scolaire	Classe suivie	Prise en charge extrascolaire (Préciser nom du professionnel, type de prise en charge, lieu.. ex : Mme Y, orthophoniste, CAMSP, adresse..)

Aides et aménagements scolaires :

RASED, psychologue scolaire, PAI, PPS ...(préciser)	Date	Conclusion (fournir une copie si-possible)

QUESTIONNAIRE INDEPENDANCE NOM:

DATE:

AGE:

	seul	avec aide partielle	Dépendant d'une tierce personne
HABILLAGE			
Mettre et attacher ses chaussures à scratchs			
Mettre et enlever son manteau			
Se déshabiller entièrement			
S'habiller entièrement			
Remettre ses affaires à l'endroit			
Ouvrir et fermer sa fermeture éclair			
Accrocher les boutons de toutes tailles			
Faire ses lacets			

	seul	avec aide partielle	Dépendant d'une tierce personne
TOILETTE			
S'essuyer après avoir été au toilettes			
Mettre du dentifrice sur sa brosse à dent			
Se coiffer			
Se laver dans la douche			
Parfaitement autonome			

	seul	avec aide partielle	Dépendant d'une tierce personne
DEAMBULATION/INSTALLATION			
S'asseoir et se lever de sa chaise seule			
Se déplacer seul dans la classe			
S'orienter et se déplacer seul dans l'école			
Descendre et monter les escaliers			

	seul	avec aide partielle	Dépendant d'une tierce personne
REPAS ET COLLATION			
Se servir du couteau			
Se servir à boire			
Découper sa viande			
Ouvrir un paquet de gateau			
Ouvrir son yaourt			
Ouvrir ses portions de fromage			

	seul	avec aide partielle	Dépendant d'une tierce personne
MATERIEL SCOLAIRE			
Découper avec des ciseaux			
Préparer ses affaires dans son cartable			
Utiliser sa règles			
Utiliser son cahier de texte			
Etre soigner			
s'orienter dans son cahier (présentation)			

	seul	avec aide partielle	Dépendant d'une tierce personne
VIE SOCIALE ET COMMUNICATION			
Parle sans couper la parole à l'autre			
Reste assis à sa place pendant une activité			
Peux exprimer une demande spontanément			
Joue avec ses camarades			

	seul	avec aide partielle	Dépendant d'une tierce personne
HYGIENE			
Se moucher correctement et proprement			
Se laver et s'essuyer les mains			

Décrivez en quelques lignes la vie quotidienne de votre enfant (vie familiale, scolaire, ses centres d'intérêts, ses loisirs, ses relations sociales et amicales...)
(à remplir par les parents)