

VOLET 1
A REMPLIR PAR LA FAMILLE

Coordonnées

NOM - PRENOM de l'enfant M F
 Né(é) le : Lieu :
 Rang dans la fratrie : sur
 Adresse :
 CP/Ville :
 Personne à contacter ☎ :
 N° Affiliation à la Sécurité sociale de Vendée :

(Joindre l'attestation de l'assurance maladie)

Renseignements administratifs

Situation actuelle (vous avez la possibilité de cocher plusieurs cases)

- Famille Garde Alternée Famille d'accueil
 Foyer ASE (Aide Sociale à l'Enfance) Autre :

Parent 1 Nom de Famille Autorité parentale : Oui Non
 Nom de naissance : Prénom : M F
 Adresse :
 Code Postal : Commune :
 Profession : Employeur :
 Tél domicile : Tél portable :
 @ :

Parent 2 Nom de Famille Autorité parentale : Oui Non
 Nom de naissance : Prénom : M F
 Adresse :
 Code Postal : Commune :
 Profession : Employeur :
 Tél domicile : Tél portable :
 @ :

Autre responsable légal (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui Non
 Organisme : Nom Prénom : M F
 Fonction : Lien avec l'enfant :
 Adresse :
 Code Postal : Commune :
 Profession : Employeur :
 Tél 1 : Tél 2 :
 @ :

Accompagnement actuel

- Libéral :
 CMPP (Lequel) :
 CMP (Lequel) :
 Autre (A préciser) :

Information complémentaire

- Autre enfant déjà suivi par la PCO 7/12
 ans :
 Nom :
 Prénom :

Scolarisation

- Niveau scolaire en cours :
 Instruction En Famille / Scolarisation à domicile
 Maintien/Redoublement ? Si oui quel niveau :

Notification Maison Vendée Autonomie (ex-MDPH)

Votre enfant a-t-il un dossier en attente d'une notification MDPH ?
Si oui, merci de joindre les documents

Nature de la demande MVA (ex MDPH) :

- AESH (aide humaine en classe)
- AEEH (aide financière)
- MPA (matériel pédagogique adapté)

Vos observations

Merci de décrire les situations quotidiennes et les comportements observés chez votre enfant qui vous amènent à saisir la plateforme d'orientation et de coordination de Vendée.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vos attentes

Quel type d'accompagnement souhaitez-vous ?

.....

.....

.....

Quels sont les choix d'accompagnement que vous seriez susceptible de refuser ?

.....

.....

J'autorise **Je n'autorise** pas l'équipe pluridisciplinaire de la plateforme à contacter les partenaires et à partager avec eux les informations utiles et nécessaires à la qualité et la continuité de l'accompagnement de l'enfant dont je suis le responsable légal.

Signature des parents ou représentant légal