



0-12 ans

# PCO TND

10 rue Bougainville – 87000 LIMOGES  
05 87 41 88 72  
Email : [contact.pcotnd@lespep87-24.fr](mailto:contact.pcotnd@lespep87-24.fr)  
MSS : [pco87@na.mssante.fr](mailto:pco87@na.mssante.fr)



0-6 ans

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Situation parentale :  marié  en couple  séparé  divorcé  monoparentale

Résidence de l'enfant : .....

| PARENTS     | Autorité parentale   | NOM | PRENOM | ADRESSE | Mail | Téléphone |
|-------------|--|-----|--------|---------|------|-----------|
| <b>Père</b> | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non |     |        |         |      |           |
| <b>Mère</b> | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non |     |        |         |      |           |

| ECOLE | ENSEIGNANT | NIVEAU | ANNEE SCOLAIRE | ADRESSE | Mail | Téléphone |
|-------|------------|--------|----------------|---------|------|-----------|
|       |            |        |                |         |      |           |

### **FRATRIE (Frères et/ou sœurs) :**

| NOM | PRENOM | SEXE | DATE DE NAISSANCE |
|-----|--------|------|-------------------|
|     |        |      |                   |

## ANTECEDENTS FAMILIAUX

|         | Problèmes de santé spécifiques<br>Antécédents chirurgicaux | Antécédents :<br>troubles des apprentissages ou<br>rééducation (orthophonie,<br>psychomotricité, psychologie,<br>CMPP...) | Niveau scolaire / Profession          |
|---------|--|---|---------------------------------------|
| Père    |  |   | Niveau scolaire :<br><br>Profession : |
| Mère    |  |   | Niveau scolaire :<br><br>Profession : |
| Fratric |  |   | Niveau scolaire par enfant :          |

## ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX DE L'ENFANT

- |   |                              |                              |                                      |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Pathologies ORL/auditives (otites, ...)   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| Pathologies visuelles (lunettes,...)      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| Antécédents chirurgicaux                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| Hospitalisations (hors période néonatale) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| Antécédents médicaux                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| Allergies                                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |

Si oui à une de ces questions, préciser :

.....

.....

Traitement médicamenteux au long cours (actuel ou antérieur) :     oui             non  
Si oui, lesquels :

.....

## SUIVIS

Votre enfant est suivi ou a été suivi par :

|                               | NOM | COORDONNEES<br>Adresse/téléphone | PERIODE |
|-------------------------------|-----|----------------------------------|---------|
| Médecin généraliste           |     |                                  |         |
| Pédiatre                      |     |                                  |         |
| CAMSP/CMPP                    |     |                                  |         |
| CMP<br>(pédopsychiatrie)      |     |                                  |         |
| Kinésithérapeute              |     |                                  |         |
| Orthophoniste                 |     |                                  |         |
| Psychomotricien               |     |                                  |         |
| Ergothérapeute                |     |                                  |         |
| Orthoptiste                   |     |                                  |         |
| Psychologue                   |     |                                  |         |
| Psychiatre/<br>pédopsychiatre |     |                                  |         |
| ORL                           |     |                                  |         |
| Ophtalmologue                 |     |                                  |         |
| Service social                |     |                                  |         |
| Autre                         |     |                                  |         |

## MDPH

Avez-vous déposé un dossier à la MDPH ?  oui  non

Si oui, date de dépôt : .....

## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- La fiche de renseignements complétée
- L'attestation de sécurité sociale où figure votre enfant
- Une photo de l'enfant
- La carte d'identité des parents et le livret de famille
- Le carnet de santé de votre enfant (pages avec les examens par âge et les courbes)
- Les comptes rendus de bilans médicaux et/ou paramédicaux
- Les courriers médicaux
- Les comptes rendus de l'école
- La/les notifications MDPH ou la copie du dossier de demande
- La charte d'engagement signée
- Le dossier d'adressage complet