

## FICHE DE SUIVI à 4 ans

### IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom .....

Prénom (premier prénom exclusivement): .....

Date de naissance: ..... | \_ | \_ | | \_ | \_ | \_ | \_ |

### \*IDENTIFICATION DU MEDECIN PILOTE

Nom du MEDECIN PILOTE réalisant la consultation : .....

Date de la consultation : | \_ | \_ | | \_ | \_ | \_ | \_ |

### \*MODIFICATION DE LA SITUATION FAMILIALE

Modification de la structure familiale  non  oui

Si oui préciser : .....

### SCOLARISATION ET MODE D'ACCUEIL DE L'ENFANT

\* Scolarisation :  non  oui

Si oui, précisez le type de classe ou d'établissement

Normale  CLIS ou autre classe d'intégration  Etablissement spécialisé

Et précisez le niveau :

Petite section  Moyenne section  Grande section  Autre, précisez .....

**Mode(s) d'accueil de l'enfant** : si non scolarisé ou scolarisé à temps partiel (plusieurs modes de garde peuvent être possibles)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Parent ou tierce personne au foyer | <input type="checkbox"/> Jardin d'enfant                         |
| <input type="checkbox"/> Autre personne à domicile          | <input type="checkbox"/> Etablissement médical ou médico-social, |
| <input type="checkbox"/> Assistante maternelle ou nourrice  | précisez : .....   |
| <input type="checkbox"/> Halte-garderie                     | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....                 |

### Aménagements scolaires

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Projet d'accompagnement personnalisé (PAP/PPS) | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Scolarisation à temps partiel                  | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Auxiliaire de vie scolaire                     | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| RASED  | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |

Commentaires : .....

# SANTE GENERALE DE L'ENFANT

## FAITS MARQUANTS DEPUIS LA PRECEDENTE VISITE RESEAU

\*Ré-hospitalisation depuis la dernière visite  non  oui      **Nombre :** |\_|\_|

Renseignez les dates, lieux et motifs d'hospitalisation :

*Date entrée	Date sortie	*Lieu d'hospitalisation	*Motif (Cf liste ci-dessous)

1- Malaise	6- Gastro-entérite	11- Cure hernie
2- Bronchiolite	7- Infection urinaire	12- Autre intervention chirurgicale
3- Asthme	8- Autre infection	13- Exploration(s) programmée(s)
4- Autre pathologie dyspnéisante	9- Traumatisme	14- Surveillance thérapeutique
5- Pneumopathie	10- Accident domestique	15- Autre, précisez : .....

### Précisions sur les motifs et durées d'hospitalisations

.....  
.....  
.....

### Autres faits marquants depuis la dernière visite réseau :

.....  
.....  
.....

## CROISSANCE

Poids : ..... | | kg | | | g      | |, | | DS    | |, | | p      Score Poids : .... | |

Taille : ..... | |, | | cm      | |, | | DS      Score Taille : .... | |

Périmètre crânien : ..... | |, | | cm    | |, | | DS      Score PC : ..... | |

Scores : 1 : [-2DS et +2DS]      2 : [-2DS et -3DS]      3 : < -3DS      4 : ≥ +2DS

IMC poids / (taille cm/100)<sup>2</sup> : | |, | |      | |, | | p Score IMC : | |

1 = normal et stable

2 = < 97<sup>ème</sup> p mais rebond d'adiposité (> 1 couloir en 1 an)

3 = obésité > 97<sup>ème</sup> p

4 = insuffisance pondérale (< 3<sup>ème</sup> p)

Commentaires : .....

.....

## PRESSION ARTERIELLE

Systolique / diastolique      | | | | / | | | | mm Hg

Moyenne (si mesure avec un moniteur)      | | | | mm Hg

Commentaires : .....

.....

## APPAREIL RESPIRATOIRE

\* Score respiratoire ..... | |

Score 1	<input type="radio"/> Aucun problème
Score 2	<input type="radio"/> Crises d'asthme occasionnelles peu sévères
Score 3	<input type="radio"/> Crises d'asthme sévères ou répétées (≥ 3) ou wheezing fréquent
Score 4	<input type="radio"/> Oxygénothérapie ou trachéotomie ou pathologie respiratoire nécessitant des hospitalisations multiples

Commentaires et précisez si traitement de fond :

.....

**AUTRES PROBLEMES DE SANTE (hors problèmes respiratoires et neurosensoriels) :**

Cochez parmi la liste la ou les pathologies rencontrées :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> - ORL                    | <input type="checkbox"/> - Dermato            |
| <input type="checkbox"/> - Digestif / alimentaire | <input type="checkbox"/> - Endocrino          |
| <input type="checkbox"/> - Cardio                 | <input type="checkbox"/> - Malaises           |
| <input type="checkbox"/> - Uro-néphro             | <input type="checkbox"/> - Epilepsie          |
| <input type="checkbox"/> - Orthopédique           | <input type="checkbox"/> - Convulsion fébrile |
| <input type="checkbox"/> - Allergo                | <input type="checkbox"/> - Autre : .....      |

Préciser en clair les différents problèmes posés :

.....  
.....  
.....

\* **Score global pour ces autres problèmes de santé** ..... |\_\_|

Score 1	<input type="radio"/> Aucun problème
Score 2	<input type="radio"/> Problèmes occasionnels facilement résolus ou problème ne gênant pas la vie quotidienne et ne nécessitant pas de consultations fréquentes
Score 3	<input type="radio"/> Problèmes répétitifs ou non encore résolus ou nécessitant des consultations répétées
Score 4	<input type="radio"/> Problèmes gênant la vie quotidienne ou nécessitant plusieurs hospitalisations

Commentaires :

.....  
.....

# DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR, COGNITIF ET RELATIONNEL

Conditions d'examen : Enfant coopérant  non  oui

## MOTRICITÉ

\* Acquisition de la marche  non  oui Si oui, a marché seul vers |\_\_|\_\_| (mois)

\* Score moteur.....|\_\_|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pas de déficit d'un membre (obligatoire si score 1)</li> <li><input type="checkbox"/> Monte et descend les escaliers en alternant</li> <li><input type="checkbox"/> Sait pédaler</li> <li><input type="checkbox"/> Saute d'une marche à pieds joints sans appréhension</li> <li><input type="checkbox"/> Cloche pied sur le pied dominant</li> <li><input type="checkbox"/> Lance le ballon de façon dirigée ; attrape le ballon avec succès le plus souvent</li> <li><input type="checkbox"/> A l'aise dans les jeux moteurs de l'école/centre de loisir</li> </ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Court avec moins d'aisance, trébuche souvent – fatigabilité à la marche</li> <li><input type="checkbox"/> Manque d'aisance pour sauter</li> <li><input type="checkbox"/> Lance le ballon avec peu de force et de façon non ciblée ; réception difficile, peu coordonnée</li> <li><input type="checkbox"/> Déficit d'un membre</li> </ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Diplégie ou hémiplégie spastique</li> <li><input type="checkbox"/> Spasticité ou dystonie</li> <li><input type="checkbox"/> Démarche anormale, avec équin dynamique ; ou marche assistée</li> <li><input type="checkbox"/> Tient assis</li> </ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Quadriplégie spastique</li> <li><input type="checkbox"/> Pas de marche même assistée</li> <li><input type="checkbox"/> Ne Tient pas assis</li> <li><input type="checkbox"/> Préhension pathologique</li> </ul>

Commentaires sur le développement moteur : .....

.....

### DIAGNOSTIC MOTEUR

Difficultés motrices :  Non  Oui, suspectées  Oui, certaines  NR

Déficit moteur spastique :  Non  Oui

**Localisation :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unilatéral        | <input type="checkbox"/> Bilatéral        |
| <input type="checkbox"/> Membre sup Gauche | <input type="checkbox"/> Membre sup Droit |
| <input type="checkbox"/> Membre inf Gauche | <input type="checkbox"/> Membre inf Droit |

**Anomalies de l'axe :**

Non  Oui  Hypertonie  Hypotonie

Commentaires sur le développement moteur (Préciser le diagnostic, les éventuelles aides techniques et traitements orthopédiques)

.....

.....

Difficultés motricité fine ou coordination  non  oui Précisez : .....

## SCORES DE DEVELOPPEMENT DES FONCTIONS NON VERBALES

\* **Score fonctions non verbales** ..... |\_\_|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Autonomie</b> : s'habille pratiquement seul, met les gros boutons et utilise la fermeture éclair, va seul aux toilettes, mange seul proprement avec cuillère et fourchette</li> <li>○ <b>Constructions</b> : reproduit aisément le pont avec les cubes, fait aisément et avec adresse une tour de 10 cubes, reproduit la « locomotive » orientée, la pyramide de 6 cubes</li> <li>○ Dénombre 3-4 cubes</li> <li>○ <b>Graphisme</b> : dessine un bonhomme (si encore têtard ajoute des détails (doigts, pieds, mains,...), fait un rond bien rond et fermé, les croix orientées (+ x) et le carré, copie le dessin des lunettes et peut le refaire de mémoire ; figures fermées de spatialisation. Repère les parallèles et les obliques</li> <li>○ <b>Encastements</b> : toutes les formes très aisément avec anticipation</li> </ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Autonomie</b> : enlève ses vêtements, en enfile certains, moins d'autonomie</li> <li>○ <b>Constructions</b> : moins d'adresse</li> <li>○ Ne dénombre pas</li> <li>○ <b>Graphisme</b> : bonhomme têtard rudimentaire, dessine le rond, la croix plus difficilement (et non orientées), pas le carré</li> <li>○ <b>Encastements</b> : toutes les formes mais avec des défauts d'anticipation et d'orientation, procède le plus souvent par essais/erreurs</li> </ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Encastre seulement le rond aisément</li> <li>○ Tour de quelques cubes</li> <li>○ Graphisme : pas de bonhomme, trace des traits (imite) et des ronds non fermés ou irréguliers</li> </ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Activités très pauvres et stéréotypées</li> <li>○ Encastements très difficiles ou absents, n'empile pas</li> <li>○ Graphisme : gribouillis sans imitation</li> </ul>

Commentaires .....

.....

## LANGAGE

\* **Score langage** ..... |\_\_|

Matériel pour l'évaluation : livre d'images avec petites scènes, formes à encastrer, cubes, papier et crayons (et si possible le ERTL4)

Score 1 ou ERTL4 vert	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fait des énoncés de 4 à 6 mots avec verbe ; raconte ce qu'il fait</li> <li>○ Conjugue les verbes ; utilise tous les pronoms</li> <li>○ Comprend et utilise : sur sous devant derrière</li> <li>○ Connaît le nom des objets domestiques courants mais habituellement non utilisés par l'enfant (radiateur, poêle...)</li> <li>○ Utilise différents temps (présent, passé, futur proche)</li> <li>○ Début du sens de la temporalité (matin, soir)</li> <li>○ Répond à : que fais tu quand tu as froid, faim, quand tu es fatigué ?</li> <li>○ Répond aux questions « Pourquoi ? »</li> <li>○ Participe facilement aux conversations, pose des questions de type « Pourquoi ? »</li> <li>○ Parfaitement intelligible, si défaut articulatoire : mineur (ex : zozote)</li> </ul>
Score 2 ou ERTL4 orange	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Phrases simples (sujet, verbe, complément)</li> <li>○ Exprime une action de l'image</li> <li>○ Vocabulaire spatial peu maîtrisé ; vocabulaire peu riche ;</li> <li>○ Erreurs phonologiques encore fréquentes (améliorables par répétition)</li> <li>○ Compréhension syntaxique partielle (ne saisit pas une question avec « Pourquoi ?, Avec quoi ?... » )</li> </ul>
Score 3 ou ERTL4 rouge	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Associe les mots sans syntaxe, répète</li> <li>○ Nomme quelques objets, désigne quelques images</li> <li>○ Ne comprend que les questions élémentaires ; sinon répond par oui ou non ou le dernier mot de la question</li> <li>○ Description d'images peu informative</li> <li>○ Ou difficultés articulatoires (peu améliorées par la répétition)</li> </ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pas de mots ou quelques mots isolés</li> <li>○ ou inintelligible</li> </ul>
Score 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Non évaluable (mutisme irréductible)</li> </ul>

Commentaires sur le langage .....

## INTERACTIONS / RELATION

\* **Score relationnel** ..... | \_ |

Score 1	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Répond facilement aux sollicitations d'interaction et d'attention conjointe, maintient l'interaction et initie lui-même l'interaction (obligatoire si score 1)</b></li><li>○ Communication verbale ou non verbale riche</li><li>○ Manifestation d'empathie (va consoler un camarade)</li><li>○ Jeux de rôle avec expression d'affects</li><li>○ Jeux interactifs riches</li><li>○ Participe aux jeux d'humour des enfants de son âge</li></ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Répond aux sollicitations mais ne maintient pas l'interaction (poursuit le jeu en solo)</b></li><li>○ Initie peu l'interaction, préfère jouer seul</li><li>○ Ne cherche pas trop le contact physique ni le contact avec ses pairs</li><li>○ Intérêts sélectifs mais non envahissants</li><li>○ Enfant trop calme et trop sérieux ou au contraire agité</li><li>○ Ne participe pas aux jeux de rôle</li></ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Répond difficilement aux sollicitations</b></li><li>○ N'initie pas l'interaction ou seulement en cas de détresse</li><li>○ Si semble initier (ex : apporte un jouet) est en fait indifférent à la réponse de son interlocuteur</li><li>○ Communication non verbale pauvre</li><li>○ Absence de mimique ou mimique figée ; rire / sourires non adressés</li><li>○ Explore l'environnement, déambule, mais ne s'intéresse pas aux personnes</li><li>○ Intérêts sélectifs très restreints, non partagés, envahissants</li></ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Aucune réponse aux sollicitations d'interaction</b></li><li>○ Ne regarde pas les visages ou regard « passe muraille »</li><li>○ Activités solitaires et stéréotypées, déconnectées de l'environnement</li><li>○ Absence de communication non verbale</li><li>○ Pseudo surdité (ne réagit pas aux bruits forts)</li></ul>

Commentaires .....

**Autisme** ou troubles du spectre autistique ?  non  oui

## CAPACITES ATTENTIONNELLES

*Tenir compte des observations des parents et des enseignants*

\* **Score attention** ..... | \_ |

Score 1	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Attention soutenue, perspicacité</li></ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Attention plus labile, passe vite d'une activité à l'autre</li></ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Gros troubles de concentration pour les activités de manipulation et les activités exploratoires</li></ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Gros troubles de concentration pour toutes les activités</li></ul>

Commentaires .....

## VIE QUOTIDIENNE / COMPORTEMENT

### SOMMEIL

\* **Score sommeil** ..... | \_ |

Score 1	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles)</li><li><input type="radio"/> S'endort facilement et dort bien en général</li></ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Difficultés d'endormissement ou de réveil occasionnelles et/ou facilement résolues</li></ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème</li></ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Difficultés importantes : préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents</li></ul>

Commentaires : .....

.....

### ALIMENTATION

\* **Score alimentation** ..... | \_ |

Score 1	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles)</li><li><input type="radio"/> Mange très bien en général</li></ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Difficultés aux repas occasionnelles et/ou facilement résolues</li></ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème, difficulté lors du passage à la diversification</li><li><input type="radio"/> Repas très long</li><li><input type="radio"/> Refus de la nouveauté</li><li><input type="radio"/> Stratégie pour éviter déglutition et/ou mastication</li></ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Difficultés importantes : préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents - nutrition par sonde naso-gastrique ou gastrostomie</li><li><input type="radio"/> Problème de socialisation (ne peut manger qu'à la maison)</li></ul>

Commentaires : .....

.....

**Trouble de la motricité bucco-faciale :**    non    oui    NSP

Commentaires : .....

.....



## COMPORTEMENT

\* **Score comportement psycho-affectif**..... |\_\_|

Tenir compte à la fois du rapport des parents et du comportement observé en consultation

Cet item explore le bien-être psycho-affectif des enfants (manifestations d'agressivité, de frustration, d'angoisse etc. : Pleurs, colères...) – **il est à distinguer de l'item relationnel vu au Chapitre Interactions / relation**

Score 1	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles)</li><li>○ Enfant de bonne humeur et très « facile » en général</li></ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Difficultés occasionnelles et/ou facilement résolues</li></ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème</li></ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Difficultés importantes : préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents</li></ul>

Commentaires : .....

.....

**Autres problèmes psychologiques :**     non     oui

Si oui, décrire : .....

.....

### Précisions si difficultés dans le comportement psycho-affectif (score ≥ 2)

**Cochez le type de trouble :**

- Domaine inhibition/anxiété
- Domaine opposition/provocation
- Domaine hyper kinésie/difficultés attentionnelles

**Autres problèmes comportementaux ou psychologiques**                     non     oui

Décrire : .....

.....

## AUTRES ASPECTS

**Propreté diurne :**             non     oui

**Propreté nocturne :**         non     oui

**Encoprésie :**                 non     oui

Précisez : .....

.....

## ASPECTS SENSORIELS

### VISION

\* **Score visuel** ..... |\_|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Bonne vision de chaque œil et vision des reliefs normale</li> <li><input type="radio"/> Fixation stable et poursuite oculaire normale sur chaque œil</li> <li><input type="radio"/> Si trouble de réfraction : modéré, ne nécessitant pas de correction</li> <li><input type="radio"/> Pas de gêne à l'occlusion</li> </ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Exophorie intermittente</li> <li><input type="radio"/> Trouble de réfraction nécessitant une correction</li> <li><input type="radio"/> Si amblyopie : corrigée par les lunettes</li> <li><input type="radio"/> Port de cache</li> </ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Trouble de réfraction sévère d'au moins 1 œil</li> <li><input type="radio"/> Amblyopie partiellement corrigée par les lunettes</li> <li><input type="radio"/> Strabisme manifeste</li> <li><input type="radio"/> Pas de vision binoculaire</li> </ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Amblyopie bilatérale</li> <li><input type="radio"/> Fixation absente ou très instable</li> <li><input type="radio"/> Poursuite oculaire absente ou très limitée</li> </ul>

- Si score  $\geq 2$ , précisez :                     Oeil Droit     Oeil Gauche

Commentaire : .....

- Examen ophtalmologique récent avec skiascopie                     non     oui

- Précisez le strabisme si score 2 et 3.....

- Bilan orthoptique                     non     oui

Résultat(s).....

- Port de lunettes                     non     oui

**Perception visuelle et spatiale** : ..... |\_|

1- Normal    2- Suspecte    3- Altérée    4- Non explorable

*Troubles à suspecter si confusions sur les images, si difficultés de repérage à l'école (perdu en cour de récréation) ou dans les grandes surfaces, si trouble de l'exploration visuelle*

*Faire si doute une épreuve de barrage*

### AUDITION

\* **Score auditif** ..... |\_|

Score 1	<input type="radio"/> Aucune anomalie ; si explorations : normales
Score 2	<input type="radio"/> Surdité unilatérale ou bilatérale légère (perte 21 à 40dB)
Score 3	<input type="radio"/> Surdité bilatérale moyenne (perte de 41 à 70 dB)
Score 4	<input type="radio"/> Surdité bilatérale sévère ou profonde (perte > 70 dB)

Commentaire : .....

.....

- Examen de l'audition par un ORL                     non     oui

- Si score  $\geq 2$ , précisez :                     Droite     Gauche

Commentaires :

.....  
.....

**APPRECIATION GLOBALE DES PARENTS**

Ce score concerne la perception des parents sur la qualité de vie familiale suite aux problèmes éventuels de leur enfant.

\* **Score** ..... | \_ |

Score 1	<input type="radio"/> Tout va pour le mieux (si problèmes : bien acceptés et bien gérés)
Score 2	<input type="radio"/> Contraintes modérées / inquiétudes occasionnelles ayant globalement peu d'impact sur l'équilibre familial.
Score 3	<input type="radio"/> Inquiétude et contraintes importantes. <input type="radio"/> Impact notable sur la famille.
Score 4	<input type="radio"/> Impact très lourd, ayant totalement bouleversé la famille.

Commentaires : .....  
.....

**CONCLUSION DECISIONNELLE SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT**

**CONCLUSION ET POINTS A SURVEILLER**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Enfant à revoir pour le suivi réseau dans un délai de : ..... mois

**Consultation(s) spécialisée(s)** non  oui

Si oui préciser (cocher) :

	Demandé le	Effectué le
Neuropédiatre		
Médecin de rééducation fonctionnelle		
Pédopsychiatre		
Psychologue		
Evaluation multidisciplinaire (suivi CAMSP)		
Ophthalmologue		
ORL standard		
ORL audiométrie		
Autre : .....		

**Bilan(s) complémentaire(s)** non  oui

Si oui préciser (cocher) :

	Demandé le	Effectué le
Tests psychométriques		
Bilan orthophonique		
Bilan orthoptique		
Bilan psychomotricité		
Bilan ergothérapie		
Autre : .....		

**Rééducation et soins nécessaire(s)** non  oui

Si oui préciser (cocher) :

	Demandé le	Débuté le	Achevé le
Kinésithérapie motrice			
Psychomotricité			
Orthophonie			
Orthoptie			
Ergothérapie			
Psychothérapie			
Education spécialisée			
Soin orthopédique ou appareillage			
Soins multidisciplinaires : CMP, CMPP CAMSP SESSAD Autre : .....			
Autre : .....			

**Aides sociales et allocations**

non  oui

Si oui préciser (cocher) :

	Fait	Non fait	NSP	Sollicité le
Prise en charge à 100 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.... / .... / ....
Allocation journalière de présence parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.... / .... / ....
AEEH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.... / .... / ....
CMU / AME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.... / .... / ....
Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.... / .... / ....

	Sollicité le	Acquis le	NSP
<b>Dossier MDPH</b>			

**NOTES**

(Le champ « Notes » est un mémo qui apparait dans l'entête du dossier)

.....

.....

.....