



*FICHE DE RENSEIGNEMENTS*  
*Demande de consultation TND*

1) *Coordonnées de l'enfant*

*NOM*

*Prénom*

*Date de naissance*

*Adresse*

*Nom du ou des représentants légaux*

*Téléphone*

*Mail*

2) *Coordonnées de l'école*

*NOM*

*Adresse*

*Classe*

*Nom de l'enseignant*

3) *Renseignements familiaux*

*NOM de la mère*

*profession*

*NOM du père*

*profession*

*Fratrie : NOM/ DDN / Classe*

4) *Question(s) posée(s) concernant les difficultés de votre enfant ?*

5) *Antécédents familiaux particuliers*

- *Existe –il des pathologies familiales particulières ? si oui, lesquelles ?*
- *D'autres membres de la famille ont-ils présentés des difficultés d'apprentissages ? si oui, lesquelles ?*

6) *Antécédents personnels concernant votre enfant*

*Déroulement de la grossesse*

*Naissance*

*Apgar*

*Poids de naissance*

*taille de naissance*

*périmètre crânien*

*Antécédents médicaux*

*Traitements médicamenteux*

*Bilan sensoriel*

- *Contrôle auditif, si oui date et conclusion ?*
- *Contrôle visuel, si oui date et conclusion ?*

*Alimentation*

*Qualité du sommeil (endormissement, réveils nocturnes) ?*

7) *Développement psychomoteur initial*

*Développement du langage*

- *Premiers mots à quel âge ?*
- *Comment votre enfant s'exprimait-il à l'entrée en PSM ?*

*Développement de la motricité*

- *Age de la station assise*
- *Age des premiers déplacements*
- *Age de la marche*

8) *Repérage de difficultés*

- *A quel âge ?*
- *Par qui ?*
- *Comment s'est passée l'entrée en collectivité (apprentissages/intégration) ?*
- *Dans quels domaines sont repérées les difficultés? si oui, merci de préciser les difficultés*

*Au niveau du langage oral oui  non*

*Au niveau du langage écrit oui  non*

*Pour écrire*

*Pour lire / compter*

*Au niveau du repérage dans le temps et dans l'espace oui  non*

*Au niveau de la motricité oui  non*

*Pour la marche, la course, le vélo*

*Pour les gestes de la vie courante*

*Pour le graphisme*

*Au niveau du comportement à l'école oui  non*

*Au niveau du comportement à la maison oui  non*

*Au niveau de l'intégration oui  non*

*Au niveau de la concentration oui  non*

*Au niveau de l'autonomie oui  non*

9) *Prise en charge proposée ?*

- *Quelle prise en charge a été proposée et quelles sont les prises en charges actuelles ?*

- *Y-a-t-il des aménagements mis en place à l'école, si oui lesquels ?*

10) Liste des professionnels suivants votre enfant

Spécialité	Nom Prénom du professionnel	Coordonnées	Date de suivi	Autorisation d'échange avec le professionnel concerné
Médecin généraliste				
ORL				
Ophthalmologiste				
Autre médecin spécialiste				
Orthoptiste				
Orthophoniste				
Psychomotricien				
Ergothérapeute				
Psychologue				
Neuropsychologue				

Je soussignée ..... donne mon accord pour tout échange concernant les troubles présentés par mon enfant avec le professionnel mentionné (cocher la ou les cases souhaitées dans le tableau ci-dessus).

Fait à ..... Le .....

Signature du/ des représentants légaux