

 **FICHE SAISINE**

 **0-10 ans**

|  |
| --- |
| Cadre réservé au Réseau Enfant Ado 66Dossier n°…………………………………….Date d’inclusion …………………………….Date du CT …………………………………. |

|  |
| --- |
| **Nom Prénom****Date de naissance** |
| **Institution demandeuse** |

* **Inclusion Classique :** L’objectif est de favoriser l’élaboration d’un projet

 d’accompagnement global (pluri-disciplinaire et pluri institutionnel) pour enfants en

 grande difficulté dont la complexité de la prise en charge met les professionnels an

 situation d’impasse.

* **Inclusion Préventive :** L’objectif est d’éviter la notion d’urgence, d’échec, de rupture

 en anticipant sur le repérage des situations préoccupantes sans caractère de gravité.

**Motif de la demande d’inclusion au Réseau ENFANT ADO 66**

* Difficulté d’élaborer un projet de prise en charge
* Difficulté inter-partenariale
* Symptômes de l’enfant
* Difficulté de travail avec la famille
* Rupture scolaire
* Rupture de soins
* Rupture de prise en charge éducative
* Autre, Préciser

**RESEAU ENFANT ADO 66 –23 rue François Broussais (site de la Mutualité Sociale Agricole) – 66100 PERPIGNAN**

**Tél : 04 48 07 03 66** **contact@reseauenfant66.fr**

* **état civil du Jeune**

Nom et prénom : ……

Date de naissance : ……………. Lieu de naissance : ………………. Département : ……………….

Âge : Sexe : F M

Lieu d’hébergement actuel (parents, institution, lieu de vie, famille d’accueil, …) :

Adresse du père :

Adresse de la mère :

* + **Autorité parentale** (si mineur)

 Mère Père Conjointe

 Tiers (nom et statut)

 Résidence confiée au père Résidence confiée à la mère Résidence alternée

Droits de visite et d’hébergement : Père : Oui Non Mère : Oui Non

**Institution demandeuse** **Référent à l’origine de la demande**

Nom : Nom : …………

Nom du Référent Réseau : Fonction : ………

Date de la demande d’inclusion : Institution ou service : ………………………………………………………………….

 Coordonnées pour invitation au comité technique :

* *Joindre l’accord parental …………………………………………………………………………………………………….*
* **Représentants légaux du Jeune** (si mineur ou majeur protégé)
	+ **Situation du couple parental** (au moment de la naissance)

|  |  |
| --- | --- |
| Père | Mère |
| Nom : Prénom :  | Nom :Prénom :  |
| Statut : Mariés Pacsés Vie maritale Célibataire Divorcés Séparés  Date du divorce ou de la séparation : ………………………… |

* + **Situation familiale actuelle**

|  |  |
| --- | --- |
| Père | Mère |
| Statut : Marié Pacsé Vie maritale Nom du conjoint : ………………………… Célibataire Divorcé Séparé VeufCatégorie socioprofessionnelle *(ou métier)* : ……………………………… Décédé  Date du décès : …………………. | Statut : Mariée Pacsée Vie maritale Nom du conjoint : …………………………… Célibataire Divorcée Séparée VeuveCatégorie socioprofessionnelle *(ou métier)* : ……………………………… Décédée  Date du décès : ………………… |

|  |
| --- |
| **Fratrie** |
| Nom | Prénom | âge | Même mèreMême père | Même mère | Même père |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* **Trajectoire de vie du Jeune**
* **La famille** (sa composition, son histoire, les ruptures familiales, les évènements marquants)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* + - **Les rapports avec la famille**

Qualité des liens avec la mère :

Qualité des liens avec le père :

Qualité des liens avec la fratrie :

* + - **Les antécédents médicaux et médico-psychologiques** (PMI, CAMSP, CMP, CMPP, orthophoniste, psychomotricien…)

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* + - **Notifications MDPH**
* Nature :
* Date :
	+ - **Modalités d’accueil petite enfance**
* Collectif (crèche, assistante maternelle…) : …………………………………………………………………………………………………………………………….
* Famille (environnement familial) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………….
	+ **Les antécédents scolaires** (établissements et classes fréquentées antérieurement, évènements marquants)

* + - **La scolarité**
* Scolarisé, préciser la classe et l’établissement : ……………………………………………………………………………………………………………………….
	+ Niveau scolaire actuel : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
	+ Observation : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
	+ Vie périscolaire : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
	+ EAJE (Etablissement d’Accueil de Jeunes Enfants) : …………………………………………………………………………………………………………
* Non scolarisé, date et dernier établissement fréquenté : …………………………………………………………………………………………………………
* Intervention du RASED :

* **Mesures administratives ou judiciaires passées et en cours** : (historique des différentes mesures par ordre chronologique, nom des différentes institutions, type, date de début de la mesure, principaux motifs)

* **Référents institutionnels**

Référent éducatif (ou soignant) d’une institution autre que la structure demandeuse :

Référent médical :

Référent soins psychologiques : ……

Autres partenaires impliqués : …

Rythmicité des prises en charge et des suivis :

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Orthophoniste | /semaine |
| Kiné | /semaine |
| Psychologue | /semaine |
| Psychomotricienne | /semaine |
| Autre … |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| HUMEUR* Tristesse
* Anxiété
* Variation de l’humeur
* Angoisse
* Peurs
* Inhibition
* Hallucinations / idées délirantes
* Mésestime de soi
* Phobies
* Imaginaire envahissant
* Absence d’accès à l’imaginaire
* Sentiment de persécution
 | COMPORTEMENT* Stéréotypies
* Balancements
* Etrangeté / Bizarreries
* Rituels
* Agitation
* Opposition
* Mise en danger / comportements à risque
* Agressivité
* Violence
* Dégradation
* Vol
* Modification soudaine de l’apparence, du comportement, des conduites …
* Auto agressivité
* Hétéro-agressivité
* Intolérance à la frustration
* Comportement sexualisé
* Autres :
 |
|  LANGAGE* Retard
* Echolalies
* Bégaiement
* Jargon
 |

 PARTICULARITES DE LA VIE PSYCHIQUE TROUBLES AVERES

|  |  |
| --- | --- |
| * Trouble du développement
* Trouble du comportement
* Trouble de la relation
* Trouble du langage
* Trouble de l’attention / hyperactivité
* Trouble des capacités adaptatives
* Trouble de l’attachement
* Trouble de la communication
 | * Trouble de la coordination
* Trouble alimentaire
* Troubles du sommeil
* Trouble de l’oralité
* Troubles des acquisitions
* Trouble de la compréhension
* Trouble des apprentissages
* Trouble du contrôle sphinctérien
* Autres :
 |

 PARTICULARITE DE LA VIE FAMILIALESIGNE DE VIE SCOLAIRE

|  |
| --- |
| * Absentéisme
* Troubles des apprentissages
* Scolarité aménagée
* Comportements scolaires inadaptés
* Autres :
 |

|  |
| --- |
| * Antécédents familiaux pathogènes
* Difficultés dans la famille
* Avec les parents
* Dans la fratrie
* Dans la famille élargie Violence
* Problématique incestuelle / incestueuse
* Précarité sociale
* Déracinement cultuel
* Autres :
 |

PARTICULARITES DE LA VIE RELATIONNELLE

|  |  |
| --- | --- |
| * Vis-à-vis des pairs :
* Isolement
* Influençable
* Leader négatif
* Maltraitant
* Amitié exclusive
* Attitude sexualisée
 | * Vis-à-vis des adultes :
* Passe inaperçu
* Recherche d’exclusivité
* Opposition
* Attitude sexualisée
* Autres :
 |

 PARTICULARITES DE LA VIE INSTITUTIONELLE

|  |
| --- |
| * Rejet par ses pairs
* Maltraitance par ses pairs
* Instrumentalisation par ses pairs
* Lassitude des professionnels
* Sentiment d’échec des professionnels
* Sentiment de solitude des professionnel
 |

* **Objectifs pour l’enfant :**
	+ **Dans l’institution demandeuse ou pour le professionnel demandeur**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

* **Objectifs des autres partenaires impliqués**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* + **Projet scolaire** (les orientations, les observations pédagogiques, éducatives, psychologiques)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

* **Attentes ou souhaits de l’enfant**

* **Projet de la famille**

* + - **Attente de l’institution ou du professionnel demandeur par rapport au Réseau ENFANT ADO 66**

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

COORDONNEES DES PARTENAIRES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom Prénom | Fonction | Structures | Coordonnées |

|  |
| --- |
|  |

Nom du signataire : \* Vous avez la possibilité de joindre tout élément favorisant la compréhension de la situation de l’enfant

Fonction :

Tel :