

**FICHE SAISINE**

**0-10 ans**

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

***Vous pouvez solliciter la cellule de coordination pour une aide au remplissage de la fiche saisine.***

***(Cf demande d’aide à la saisine)***

|  |
| --- |
| **Nom Prénom**  **Age et date de naissance** |
| **Institution demandeuse** |

* **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.
* **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 en situation d’impasse.

**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 66 23 rue François Broussais à Perpignan–66100 PERPIGNAN**

**Tél : 04 48 07 03 66/ 06 72 25 94 66**

**contact@reseauenfant66.fr**

**ETAT 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)

Conjointe Mère Père Tiers (nom et statut) ………………………………………………………………..

* **Résidence :**
* Conjointe Confiée à la mère Confiée au père Résidence alternée

* **Droits de visite et d’hébergement :**

Père : Oui Non Mère : Oui Non

**INFORMATION INSTITUTION A L’ORIGINE DE L’INCLUSION**

**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 partenaires co-presentateur :

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

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

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

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

Réfèrent.e médical au sein de l’institution : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Autres professionnels impliqués au sein de l’institution :

|  |  |
| --- | --- |
| **nOM /COORDONEes** | **rYTHmicite** |
| Orthophoniste |  | /semaine |
| Kiné |  | /semaine |
| Psychologue |  | /semaine |
| Psychomotricienne |  | /semaine |
| Autre … |  | /semaine |
| Autre … |  | /semaine |

* *Joindre l’accord parental*

**COUPLE PARENTAL ET FRATRIE**

* + Situation du couple parental **au moment de la naissance :**

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

* + Situation du couple parental **actuelle :**

|  |  |
| --- | --- |
| Père | Mère |
| Statut :  Marié Pacsé Concubinage  Nom du conjoint : …………………………  Célibataire Divorcé Séparé Veuf  Métier ou catégorie socio-professionnelle : ......................................  Décédé  Date du décès : ………………… | Statut :  Mariée Pacsée Concubinage  Nom du conjoint : ……………………………  Célibataire Divorcée Séparée Veuve  Métier ou catégorie socio-professionnelle : ......................................  Décédée  Date du décès : ………………… |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FRATRIE** | | | | | |
| NOM | PRENOM | Age et date de naissance | Même mère/même père | Même mère | Même père |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**TRAJECTOIRE DE VIE**

* **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 :

**PARCOURS MEDICO-SOCIAL, MEDICO-PSYCHOLOGIQUE ET MEDICAL**

* + - **Notifications MDPH :**
* Nature :
* Date :
  + - **Antécédents médicaux et médico-psychologiques :** (PMI, CAMSP, CMP, CMPP, hospitalisation, prise en charge libérale, historique

de somatisation …)

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

* + - **Parcours de soin actuel :** (inclure toute prise en charge, connue, extérieure à votre institution) :

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

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

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

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

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

**MODALITES D’ACCUEIL ET SCOLARITE**

* + - **Modalités d’accueil petite enfance :**
* Collectif (crèche, assistante maternelle…) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Famille (environnement familial) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
  + - **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 :
* **Les antécédents scolaires et observation diverses :** (établissements et classes fréquentés antérieurement, évènements marquants)

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

**VIE SOCIALE ET CULTURELLE**

* + - **Activités périscolaires, accueil et loisirs ….**

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

…….. ………………

…… ……………..

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

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

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

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

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

**MESURES ADMINISTRATIVES ET JUDICAIRES**

* + - **Antécédents socio-judicaires** : (historique des différentes mesures par ordre chronologique, nom des différentes institutions, type des mesures, date de début et de fin, principaux motifs…)

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

* + - **Mesures actuelles :**

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| * 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 * Retard Cognitif * Autres : |

PARTICULARITES DE LA VIE PSYCHIQUE TROUBLES AVERES

PARTICULARITES DE LA VIE FAMILIALE ELEMENTS DE VIGILANCE

|  |
| --- |
| * Antécédents familiaux pathogènes   Difficultés dans la famille :   * Difficultés avec les parents * Difficultés avec la fratrie * Difficultés avec la famille élargie * Précarité sociale * Déracinement culturel   Violence :   * Conjugale * Familiale   Violences sexuelles :   * Victime d’attouchements * Victime de viol * Auteur * Climat incestuel * Inceste |

DANS LES LIEUX D’ACCUEIL

|  |
| --- |
| * Absentéisme * Apathie * Fatigue excessive * Perte de poids (5%) * Signes de déshydratation * Autres : |

PARTICULARITES DE LA VIE RELATIONNELLE

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

ELEMENTS DE VIGILANCE

EN MILIEU SCOLAIRE

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

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

|  |
| --- |
| * Retard * Echolalies * Bégaiement * Jargon |

PARTICULARITES DE LA VIE INSTITUTONELLE LANGAGE

**PROJET ACTUEL POUR L’ENFANT**

* + **Au sein de l’institution demandeuse :**

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

* **Chez les partenaires impliqués**:

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

* + **Projet scolaire :**

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

**ATTENTES / SOUHAITS**

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

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

* + **Attentes ou souhaits de la famille :**

* + **Attente et souhaits de l’institution ou du professionnel à l’origine de l’inclusion au regard de l’action au Réseau Enfant**

**Ado 66 :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM / PRENOM** | **PROFESSION / INSTITUTION** | **E-MAIL** | **N° de téléphone** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

COORDONNEES DES PARTENAIRES

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

Fonction :

Tel :