

 **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 ConcubinageNom du conjoint : ………………………… Célibataire Divorcé Séparé VeufMétier ou catégorie socio-professionnelle : ...................................... Décédé  Date du décès : ………………… | Statut : Mariée Pacsée ConcubinageNom du conjoint : …………………………… Célibataire Divorcée Séparée VeuveMétier 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 :