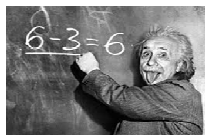
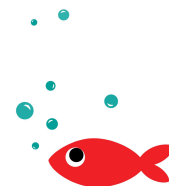


DOSSIER DE DEMANDE D'ÉVALUATION



Version 2018-10

« Tout le monde est un génie.
Mais si vous jugez un poisson sur sa capacité à grimper aux arbres,
il va passer toute sa vie à penser qu'il est stupide. »
Albert EINSTEIN



NOM - Prénom de l'enfant : _____

Suite à l'entretien téléphonique que vous avez eu avec l'une des coordinatrices du réseau, il vous a été confirmé l'intérêt d'une évaluation pluridisciplinaire. À cette fin, il est nécessaire de nous faire parvenir les documents suivants :

DOCUMENTS OBLIGATOIRES

- 1) Certificat de scolarité de l'année en cours (à demander au directeur de l'école)
- 2) Bulletin d'adhésion à l'association ARMOR SANTE (à télécharger sur notre site Internet)
- 3) Ce dossier complet (page 1 à 8) :
 - Date de réunion souhaitée et vos attentes (**page 1**)
 - Document d'information aux usagers, complété et signé (**page 2 et 3**)
 - Données administratives à compléter par la famille (**page 4, 5, 6 et 8**)
 - Motivation de l'orientation à compléter par un professionnel de santé (**page 7 et 8**)

Merci de
ne pas agraffer
les documents

AUTRES DOCUMENTS à joindre selon la situation si vous en disposez :

- Compte-rendu de réunion scolaire (Réunion d'Équipe Éducative, Équipe de Suivi de Scolarité...)
- Copie du PAP, PAI ou PPRE (Projets de scolarité)
- Copie du courrier ou de la notification MDPH si demande de dossier auprès de la MDPH

Si vous êtes en difficulté pour remplir ce dossier, n'hésitez pas à vous rapprocher du professionnel qui vous a orienté vers le réseau.

Parcours de votre demande :

À réception, vous recevrez un mail du secrétariat accusant réception de votre dossier.

Votre participation à une **soirée de sensibilisation aux troubles des apprentissages** sera un préalable à toute intégration au réseau Arc en ciel (en amont de la validation de votre dossier par la cellule de coordination).

Date souhaitée (vous aurez une confirmation par le secrétariat) : _____

Les dates sont indiquées sur notre site Internet.

Personne(s) présente(s) : Mère Père Autre :

VOS ATTENTES ?

- Un lieu d'écoute et des conseils concernant l'accompagnement de votre enfant
- Un dépistage / diagnostic des difficultés de votre enfant
- Des propositions d'orientation vers les professionnels et / ou structures les plus appropriées
- Un soutien dans vos démarches
- Une aide pour financer les soins
- Du lien avec l'école de votre enfant
- Des échanges entre les professionnels qui accompagnent votre enfant
- Autre : (précisez) :



DOCUMENT D'INFORMATION AUX USAGERS DU RESEAU¹

Le réseau **Arc-en-ciel** a pour but d'améliorer la qualité de la prise en charge des enfants porteurs de troubles des apprentissages. Il est promu par une association, "Armor santé", et il est financé par l'Assurance Maladie dans le cadre des dispositions légales concernant les réseaux de santé.

Les représentants légaux des enfants porteurs de troubles des apprentissages peuvent intégrer le réseau en signant ce document. Ils peuvent s'en retirer à tout moment par simple notification adressée par écrit au responsable ou au coordinateur médical, sans en supporter aucune conséquence.

S'ils l'intègrent, ils acceptent que le réseau engage des collaborations avec l'ensemble des professionnels de santé concernés par l'enfant ainsi qu'avec l'école.

L'intégration au réseau est gratuite. Les personnes conservent le libre choix des médecins et des professionnels de santé qu'ils consultent pour leur enfant et s'engagent à répondre à un questionnaire de satisfaction annuel portant sur le réseau.

Le réseau permet l'accès aux services suivants :

- Des informations sur les troubles des apprentissages grâce à une documentation mise à jour régulièrement, des temps d'information et de sensibilisation.
- Un annuaire des professionnels de santé.
- Un dossier unique par enfant informatisé sur la plateforme E Santé Bretagne. Ce dossier est accessible aux professionnels de santé choisis par la famille et aux membres de la cellule de coordination. Si la famille souhaite que certaines pièces du dossier restent confidentielles, elle doit faire la démarche d'en informer le secrétariat par écrit. Les familles ont accès au dossier de leur enfant. Pour toute consultation, un rendez-vous doit être pris au secrétariat une semaine à l'avance.²
- Le financement³ de bilans et de séances auprès de professionnels hors nomenclature : Psychologues / Psychothérapeutes / Neuropsychologue / Psychomotriciens / Ergothérapeutes. Leur nombre est déterminé par la cellule de coordination au regard de chaque situation particulière.
- En cas d'empêchement ou d'imprévu, il vous est demandé de prévenir le professionnel 48 heures à l'avance pour modifier ou annuler la séance. Le non respect de cette procédure entraînera la facturation de la séance dans sa totalité par le réseau. À défaut de paiement sous 15 jours, la prise en charge de votre enfant dans le cadre du réseau s'arrêtera.
- En cas de litige, le Bureau de l'association peut-être sollicité.

Les familles qui intègrent au réseau peuvent s'informer et accéder à ces services par l'intermédiaire du secrétariat du réseau. Elles sont libres de profiter ou non de ces services.

L'évaluation du réseau fera appel à des données extraites du dossier de l'enfant. Les représentants de celui-ci autorisent les professionnels de santé qui le prennent en charge à communiquer ces données aux professionnels du réseau et au service médical de l'Assurance Maladie aux fins d'évaluation du réseau.

¹ Défini à l'article D766-1-2 du Code de la Santé Publique.

² Concernant le partage des informations sanitaires et médico-sociales soumis au respect du secret professionnel : se référer à l'article 96 de la loi santé du 26 janvier 2016, l'article L. 1110-4 du code de la santé publique et l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

³ À la condition que le professionnel soit membre du réseau Arc en Ciel

Le recueil de données médicales et l'évaluation du réseau ont fait l'objet d'une déclaration à la C.N.I.L.⁴ et conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Libertés, les usagers disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant auprès du coordinateur médical du réseau. Ils peuvent à tout moment demander une information complémentaire à ce coordinateur.

Je soussigné, M.....

Représentant légal de l'enfant (nom de l'enfant) :

Date de naissance de l'enfant :/...../.....

N° de Sécurité sociale :

Je reconnais avoir été informé des modalités de fonctionnement du Réseau Arc en Ciel.

J'accepte que les informations concernant mon enfant soient utilisées :

- de façon nominative par les professionnels du réseau pour lesquels j'aurai donné mon consentement, au bénéfice de sa prise en charge ;
- de façon anonyme, pour des études et des travaux de recherche.

Déclare avoir pris connaissance du présent document et de la convention constitutive du réseau Arc-en-Ciel (disponible sur notre site Internet).

Je souhaite intégrer ce réseau dans les conditions précisées dans ces documents et m'engage à respecter les principes le régissant.

Fait à....., le

Nom, prénom et signature

Du représentant légal de l'enfant

Précédé de la mention « *Lu et approuvé* » :

⁴ Commission Nationale Informatique et Liberté

À compléter
par la famille

LA FAMILLE

L'ENFANT

Nom : Date de naissance :
Prénom : Sexe : Masculin
 Féminin
Adresse : celle de la mère
 celle du père
 autre : **Nombre de Semaines de grossesse*** :
(Voir carnet de santé, rubrique,
"Naissance / âge gestationnel")
Nom de la Caisse primaire d'Assurance Maladie : *donnée à des fins statistiques
Nom de la Mutuelle / CMU :

MERE

Nom :
Prénom :
Adresse :

Tel domicile :
Tel portable :
Mail :
Profession :
CSP* :

PERE

Nom :
Prénom :
Adresse :

Tel domicile :
Tel portable :
Mail :
Profession :
CSP* :

SITUATION FAMILIALE

- Mariés Célibataire
 Vie maritale Séparés
 Concubinage Divorcés
 PACsés Veuf / veuve

AUTORITÉ PARENTALE

- Conjointe (père et mère)
 Mère uniquement
 Père uniquement
 Tuteur
 Famille d'accueil
 Autre :

Si elle n'est pas
conjointe, joindre une
copie du jugement

FRATRIE

NOM Prénom	Date de naissance	Classe

L'un des parents a-t-il aménagé son temps de travail : Oui Non

Antécédents Troubles des Apprentissages (dans l'entourage familial) Oui : père mère fratrie autre
 Non

*CSP (Catégorie Socio Professionnelle) :

1 Agriculteurs exploitants

2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprises

3 Cadres et Professions intellectuelles supérieures

4 Professions intermédiaires

5 Employés

6 Ouvriers

7 Retraités

8 Sans activité professionnelle

DIFFICULTÉS OBSERVÉES

	À la maison	À l'école	Échelle de répercussion des troubles :	
			À la maison	À l'école
Fatigable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	10
Bouge beaucoup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	9
Se dévalorise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	8
Isolé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	7
En conflit avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	6
En conflit avec ses parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	5
Capacité d'attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	4
Concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	3
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	2
Coordination des gestes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	1
Lecture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0
Écriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Calcul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Entourez une note sur 10 :
 10 : répercussion importante
 0 : pas de répercussion

Activité(s) extra scolaire(s) : oui - si oui, précisez :
 non

SCOLARITÉ

Classe : _____ Nom de l'école : _____ Commune : _____
Changement d'école Non Oui - Si oui : Date du changement : _____
 Motif du changement : _____
En échec scolaire oui non Devoirs conflictuels oui non Durée moyenne des devoirs par semaine
 pas de devoirs entre 2 h et 3 h entre 5 h et 6 h
 moins d'1 h entre 3 h et 4 h + de 6 h
 entre 1 h et 2 h entre 4 h et 5 h

AIDES ET COMPENSATIONS

Adaptation(s) pédagogique(s) en place
 Compensation pour l'écriture
 Compensation pour la lecture
 Allègement pour les devoirs
 Compensation pour les évaluations
 Autre : _____

Projet de scolarité en cours :
 PPRE (Projet Personnalisé de Réussite Éducative)
 PAI (Projet d'Accueil Individualisé)
 PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé)
 PPS (Projet Personnalisé de Scolarité)

Soutien(s) proposé(s) pendant l'année scolaire
 RASED Aide aux devoirs 1 x / semaine 1 x / mois
 Soutien scolaire PRE (Prog. de Réussite Éducative) 2 x / semaine Terminé
 Cours particulier 1 x / 15 jours

Avez-vous constitué un dossier MDPH ? Oui Non

Si oui, pour quel motif :

<input type="checkbox"/> AHIS (Aide Humaine à l'Inclusion Scolaire)	Date de dépôt :	Date notification :
<input type="checkbox"/> AEEH (Allocation d'Éducation pour un Enfant Handicapé)	Date de dépôt :	Date notification :
<input type="checkbox"/> MPA (Matériel Pédagogique Adapté)	Date de dépôt :	Date notification :
<input type="checkbox"/> Autre :	Date de dépôt :	Date notification :



LES PROFESSIONNELS

CONTACTS

Si votre enfant est en lien avec une de ces structures, cochez la (les) case(s) correspondante(s) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) | <input type="checkbox"/> CMPEA (Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents) |
| <input type="checkbox"/> CJC (Centre Jacques Cartier) | <input type="checkbox"/> CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) |
| <input type="checkbox"/> CHM (Centre Hélios Marin) | <input type="checkbox"/> SESSAD (Service d'Éducation et de Soins Spécialisés A Domicile) |
| <input type="checkbox"/> CRA (Centre Ressource Autisme) | <input type="checkbox"/> Réseau de suivi des nouveau-nés vulnérables |
| <input type="checkbox"/> CRTA Brest (Centre de Référence des Troubles des Apprentissages) | |
| <input type="checkbox"/> CRTLA Rennes (Centre Référent pour les Troubles sévères du Langage et des Apprentissages) | |

MEDECIN TRAITANT

NOM : _____ Commune : _____

Prénom : _____

PROFESSIONNELS DE L'ÉDUCATION NATIONALE

L'enfant a-t-il vu le médecin de l'EN ?

Non Oui Date : _____
Nom : _____

L'enfant a-t-il vu le psychologue de l'EN ?

Non Oui Date : _____
Nom : _____

CONSULTATIONS SPECIALISÉES

Votre enfant a-t-il rencontré un des professionnels suivants ou un RV est-il prévu ?

	Spécialité	Nom du professionnel	Commune / Structure	Date (ou période, ou année)
Médecins	Pédiatre			
	Neuropédiatre			
	Médecin Physique et de Réadaptation			
	Ophtalmologiste			
	ORL			
	Pédopsychiatre			
Rééducateurs	Ergothérapeute			
	Neuropsychologue			
	Orthophoniste			
	Orthoptiste			
	Psychologue			
	Psychomotricien			
Autre :				

À compléter par
le professionnel

MOTIVATION DE L'ORIENTATION Par un professionnel de santé

Identification du professionnel (Médical ou paramédical)

Cachet :

A défaut : NOM, Prénom
profession, adresse

Date :

Signature :

Identification de l'enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Difficultés repérées

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Psycho affectif | <input type="checkbox"/> Instabilité motrice | <input type="checkbox"/> Organisation |
| <input type="checkbox"/> Langage oral | <input type="checkbox"/> Motricité globale | <input type="checkbox"/> Mémoire |
| <input type="checkbox"/> Langage écrit | <input type="checkbox"/> Motricité fine | <input type="checkbox"/> Attention-concentration |
| <input type="checkbox"/> Compréhension difficile | <input type="checkbox"/> Graphisme | <input type="checkbox"/> Lenteur exécutive |
| <input type="checkbox"/> Logico math | <input type="checkbox"/> Repérage visuo spatial | <input type="checkbox"/> Impulsivité |
| | <input type="checkbox"/> Coordination | |

Motif d'orientation vers le réseau

Les troubles ont un impact sur

- la vie scolaire
 La vie sociale et familiale

La famille rencontre des difficultés dans

- La mise en place des soins
 Le financement des soins
 L'accès aux soins (distance géographique, délais...)
 La mise en place des adaptations pédagogiques
 Autre :

Je sollicite le réseau **pour** :

- Coordonner les intervenants
 Prioriser les soins à mettre en place
 Un avis spécialisé
 Faire du lien avec l'école
 Soutenir la famille dans ses démarches (accès aux soins, accès aux droits)
 Autre :

car :

- La situation n'évolue pas favorablement
 Aucun diagnostic n'est posé
 Les compensations ne sont pas mises en place / identifiées
 Autre :

Je m'interroge sur l'intérêt de :

	Réaliser un bilan en :	Bénéficier d'un suivi en :
Consultation TSA		
Consultation pédopsychiatrique		
Consultation neuropédiatrique		
Ergothérapie		
Guidance		
Orthophonie		
Orthoptie		
Neuropsychologie		
Psychomotricité		
Psychothérapie		
WISC		
Autres		

Les **prescriptions médicales** ne peuvent être réalisées par le médecin du réseau.

Merci de bien vouloir les fournir à la famille ou de l'inviter à prendre contact avec son médecin généraliste ou pédiatre.

COMMENTAIRES LIBRES

(professionnel et / ou famille)

Professionnel

Parents