

## CHARTRE DES RESEAUX DE SANTE

La santé est un état de bien-être et d'équilibre physique, mental et social. Elle ne consiste pas seulement en une absence de maladies ou d'infirmités. Etre en bonne santé, c'est pouvoir faire face aux difficultés de la vie. (Cette définition est inspirée de la définition proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé).

### *OBJECTIFS D'UN RESEAU DE SANTE*

Le travail d'un réseau de santé a pour but un accompagnement global et cohérent des personnes, en vue de l'amélioration de leur santé, réalisé par les différents intervenants médico-psycho-sociaux et les bénévoles. Cette dynamique coopérative doit s'effectuer quel que soit l'acteur initial, sanitaire ou social choisi par la personne et ne vise pas à créer une nouvelle structure.

Les acteurs du réseau construisent des pratiques coordonnées qui assurent la continuité et la cohérence de l'accompagnement sanitaire et social et favorisent la participation des personnes à cette démarche.

Le travail en réseau réunit des acteurs des institutions sanitaires et sociales, des associations intervenant dans les champs médicaux et sociaux ainsi que les bénévoles intervenant dans le même domaine.

Le réseau est ouvert aux acteurs des institutions et des associations relevant d'autres champs (éducatif, judiciaire, culturel...) qui œuvrent pour la santé des populations et qui peuvent y participer pour des actions spécifiques les concernant.

Usagers, professionnels et bénévoles participent ensemble à la définition des priorités pour développer une démarche de promotion de la santé qui réponde aux besoins de la population et des individus.

### *VALEURS ET ENGAGEMENTS*

*La personne est au cœur des préoccupations des acteurs de réseaux.*

- Toute personne a droit à des soins de qualité sans discrimination aucune.
- Toute personne dispose d'un droit inaliénable à la confidentialité des éléments qui concernent sa situation sanitaire, psychologique, sociale et sa vie privée.
- Toute personne qui s'adresse à un membre du réseau est informé que celui-ci ne travaille pas seul, et qu'il pourra, dans le traitement de sa situation, éventuellement l'orienter vers d'autres acteurs. La collaboration des professionnels et des bénévoles est soumise à l'accord de la personne concernée.

Les acteurs du réseau doivent permettre le libre choix de la personne, par une information complète et loyale.

Ils ont conscience du savoir expérientiel de la personne c'est à dire de ses propres capacités à améliorer sa situation sanitaire.

L'entourage de la personne, si celle-ci est d'accord, est partie prenante du travail en réseau.

***Pour les acteurs des réseaux, le travail en réseau est une démarche volontaire et implique l'adhésion aux principes fondateurs suivants :***

- Le respect de la dignité de la personne au travers notamment de son adhésion au traitement et à la démarche médico-sociale
- Une attention pour faciliter son accès aux soins et aux droits sociaux
- Une vigilance accrue sur la circulation des informations relatives aux personnes et sur les modalités précises qui garantissent la confidentialité,
- Le respect mutuel entre professionnels et bénévoles sans hiérarchie de statut,
- L'acceptation d'une coordination des soins,
- Le partage d'expériences et la confrontation des pratiques,
- L'engagement à faire évoluer sa propre pratique et à œuvrer pour la modification des pratiques en général, y compris pour les actions de santé publique et de prévention,
- Le décloisonnement institutionnel par des pratiques pluridisciplinaires et inter-institutionnelles,
- La capacité à repérer les dysfonctionnements et à les faire évoluer.

Les acteurs du réseau s'engagent à respecter ces principes.

Ils s'engagent à ne pas utiliser le réseau à des fins commerciales.

Les institutions, les associations et les établissements s'engagent à donner les moyens à leurs professionnels de respecter ces engagements.

## ***Methode***

Différents moyens sont mis en œuvre afin d'assurer cette démarche :

- La coordination des différents intervenants auprès de la personne et auprès des différents acteurs pour les aider dans leur travail quotidien,
- La formation pluridisciplinaire et pluri institutionnelle : formations thématiques, formations aux nouvelles pratiques,
- Les groupes ressources internes au réseau, groupes de travail et groupes de parole,
- La communication interne et externe, par un bulletin régulier et des rencontres permettant une réflexion globale,
- La mise en œuvre d'actions de promotion de la santé avec les professionnels, les bénévoles et les personnes intéressées,
- La mise en place d'outils d'information et de centres de ressources permettant, à travers des supports documentaires et des échanges d'expériences, la capitalisation des savoir-faire ainsi que la mutualisation des moyens.

***L'ensemble des acteurs du réseau adhère à cette Charte.***

## INFORMATIONS FAMILLES

### 1/ INFORMATIONS GENERALES

Madame, Monsieur,

NeurodysPaca est une Association Loi 1901 créée en 2002, spécialisée dans les troubles spécifiques d'apprentissages et du neurodéveloppement.

Résodys est un établissement de l'Association, réseau de santé régional PACA chargé de la coordination des parcours de soins des enfants et adolescents concernés par ces troubles.

Vous constituez un dossier afin que votre enfant intègre ce réseau.

Nous coordonnerons alors une équipe de professionnels pour assurer la qualité et la continuité des soins.

Cette équipe est constituée de spécialistes des troubles d'apprentissage et du neurodéveloppement, et qui travaillent en étroite collaboration avec des unités de soins et de recherche au niveau national et international.

Résodys s'engage à tout mettre en œuvre pour faire bénéficier **votre enfant des soins de la plus haute qualité ou de vous accompagner dans vos démarches de validation des aménagements scolaires.**

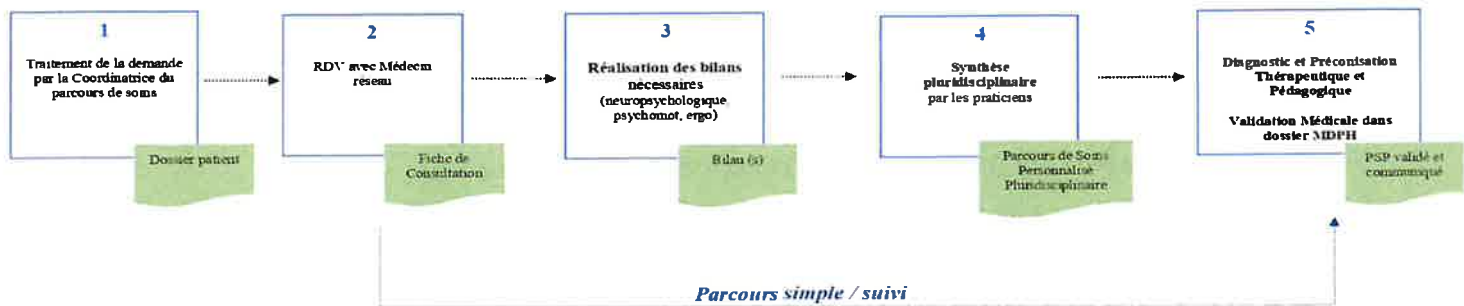
Votre engagement sera de contribuer au quotidien au bon fonctionnement de ce dispositif, en respectant les consignes qui vous seront données pour appliquer au mieux les mesures diagnostiques et thérapeutiques préconisées pour votre enfant.

Les données recueillies pourront être utilisées à des fins de recherches et d'évaluation après avoir été rendues anonymes.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, mettre fin à cette participation à tout moment en informant la Coordinatrice.

### 2 / PARCOURS PATIENT

Patient : tout enfant, c'est-à-dire tout sujet de moins de 18 ans, présentant un trouble spécifique d'apprentissage et résidant en PACA est susceptible d'être inclus dans le réseau.



Un Médecin réseau, s'il le juge utile, peut proposer à la famille l'inclusion de son enfant dans le réseau. Il la dirige alors vers la Coordinatrice afin de mettre en place le dossier patient.

La famille peut aussi contacter directement la **Coordinatrice** pour mettre en place ce dossier patient et être orientée vers un **Médecin réseau** qui confirmera si besoin l'inclusion dans le réseau.

Selon les cas, et sur décision du Médecin réseau, d'autres professionnels de santé, notamment un neuropsychologue et un psychomotricien (ou un ergothérapeute), seront associés à l'équipe-patient Résodys.

Les praticiens qui suivent déjà le patient seront tenus informés de son parcours dans le réseau.

Enfin, lorsque l'enfant n'est pas adressé par le médecin scolaire, il sera proposé au médecin ou au psychologue scolaire de participer à l'équipe en tant qu'intermédiaire avec l'école.

Le réseau de santé est en charge de coordonner des parcours de soins et ne peut répondre aux demandes consistant uniquement à réaliser un bilan neuropsychologique ou actualiser un bilan pour compléter un dossier administratif.

### 3 / DOSSIER PATIENT

Il est constitué de :

La Charte des Réseaux de santé, le présent document Informations familles, les questionnaires Administratif, Parental, de Conners, Scolaire, Brief Enseignant et Brief Parent, SNAP, formulaire d'engagement (obligatoire) et d'adhésion (facultatif), ainsi que de tous les bilans déjà réalisés auprès du patient.

A l'issue de ce parcours, un document intitulé Projet de Santé Personnalisé (PSP) est rédigé, il formalise les résultats des bilans, orientations et aménagements préconisés par les professionnels de santé, et est adressé à la famille ainsi qu'aux Médecins et Psychologues scolaires (si leurs coordonnées nous ont été communiqués dans le dossier patient).

Les coordonnées des membres de l'équipe-patient et leurs rôles sont indiqués dans LE PSP. Les

modalités d'accès et d'usage du système d'information du réseau sont précisées par la Coordinatrice individuellement à chaque membre de l'équipe-patient.

## QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

**NOM de l'enfant :** .....

Prénom(s) de l'enfant : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité : ..... Sexe : M  F

Adresse : .....

---

### RESPONSABLES LEGAUX :

NOM : ..... / ..... Prénoms : ..... / .....

Professions : ..... / .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Numéros de téléphone : ..... / .....

Mail : ..... / .....

---

### ASSURE SOCIAL (Nom de famille/ Nom d'usage) :

NOM : .....

Prénoms : .....

N° de S.S : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

CMU : OUI  NON

MUTUELLE : OUI  NON

Nom de la mutuelle : .....

---

**NOM DU MEDECIN TRAITANT/PEDIATRE OU DU NEUROLOGUE / NEUROPEDIATRE DE L'ENFANT :** .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

## QUESTIONNAIRE PARENTAL

**Nom de l'Enfant :** .....

**Prénoms :** .....

**Adresse :** .....

.....

**Téléphone :** Mère : ..... Père : .....

**Profession des parents :** Mère : ...../Père : .....

**Par qui êtes vous adressés ? :**

**Préciser :** .....

**Merci de bien vouloir préciser ses coordonnées :** .....

Les frères et sœurs :

Prénom	Date de naissance	Difficultés scolaires ?

Un des deux parents a-t-il présenté des difficultés semblables à celles de l'enfant ?

- Père Oui  Non   
 - Mère Oui  Non

Quelles difficultés ? .....

Votre enfant est-il : ● droitier   
● gaucher

**Langues parlées :** .....

## LES ANTECEDENTS DE VOTRE ENFANT

### La grossesse

Votre grossesse a-t-elle été normale ? Oui  Non

### L'accouchement

L'accouchement a-t-il été normal ? Oui  Non

Prématuré  (en semaine).....

Si Oui,

durée d'hospitalisation en néonatal. : .....

Après terme  (en jour) .....

Complication post natale ? : .....

Suivi : CAMSP  Réseau Naitre et Devenir

Spontané : Oui  Non

Césarienne : Oui  Non

Quel était son poids à la naissance ?.....

### Santé

A-t-il eu des problèmes de santé ?  
Entre la naissance et la Maternelle : Oui  Non

Si oui, lesquels : .....

Entre la Maternelle et le CP ? Oui  Non

Si oui, lesquels.....

A-t-il déjà été hospitalisé ? Oui  Non

A-t-il eu des problèmes ORL ? Oui  Non

Si oui, lesquels et à quel âge ?.....



## DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT

### Motricité et mouvements

- A-t-il eu un retard de développement avant ses 9 mois : Oui  Non   
(Sourire - réponse, position assise, .....)
- A-t-il eu des difficultés d'alimentation ou de sommeil ? Oui  Non

#### Âge :

- des premiers pas : .....
- Jouer à faire semblant : .....
- Montrer du doigt : .....
- l'apprentissage du vélo : .....
- L'apprentissage de la nage : .....
- Manger tout seul : .....

- Est-ce que votre enfant sait s'habiller seul ? Oui  Non
- Est-ce que votre enfant sait faire ses lacets ? Oui  Non
- Votre enfant a-t-il des comportements répétitifs comme se balancer ou répéter sans cesse un geste ? Oui  Non
- Aime-t-il les jeux de balle ? Oui  Non
- Aime-t-il les sports collectifs ? Oui  Non

### Parole et langage

Par rapport aux autres enfants, quand il est rentré à la maternelle, parlait-il :

Mieux  Aussi bien  Moins bien

Avait-il des difficultés à se faire comprendre : À la maison  À l'école

Dans ses questions, fait-il preuve d'une curiosité, d'une intelligence en avance sur son âge ? Oui  Non

A-t-il des thèmes de prédilection (p.e. Dinosaures, Voitures, Planètes, ..) ? Oui  Non

S'il a eu des troubles du langage, a-t-il eu des problèmes d'audition ? Oui  Non

A quel âge ? .....

A-t-il eu un audiogramme ? Oui  Non

Résultat : .....  
Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui  Non

Si oui,

pourquoi ? .....

#### Avez-vous parfois l'impression :

- Qu'il ne comprend pas tout ce que vous lui dites ? Oui  Non
- Qu'il ne comprend pas bien les histoires qu'on lui lit ? Oui  Non
- Qu'il ne comprend pas les dessins animés à la télévision ? Oui  Non

Ces difficultés ont-elles nécessité une rééducation orthophonique ? Oui  Non

Date de début : ..... / ..... / ..... Date de fin : ..... / ..... / .....

Nombres de séances par semaines : .....

Pensez-vous qu'elle a été : Très efficace  Partiellement efficace

A-t-il régressé du point de vue du langage après l'avoir acquis normalement ?

Oui

Non

## LA MATERNELLE

A quel âge est-il rentré à la maternelle ? .....ans.....

Vous a-t-on signalé des difficultés ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles : .....

La tenue du crayon a été acquise : Facilement

Difficilement

Votre enfant aime-t-il :

- Dessiner

Oui

Non

- Ecrire

Oui

Non

- Faire des puzzles

Oui

Non

L'apprentissage des lettres et écrire son nom a été :

Facile

Difficile

## COURS PREPARATOIRE - CP

A-t-il manifesté des difficultés dans l'acquisition de la lecture ?

Oui

Non

En fin de CP, la lecture était :

Acquise

Non acquise

Votre enfant aime-t-il lire ?

Oui

Non

A-t-il eu des difficultés pour l'apprentissage des nombres et le calcul ?

Oui

Non

## HABILETES SOCIALES

Votre enfant a-t-il des copains

Oui

Non

Votre enfant est-il invité aux anniversaires ?

Oui

Non

Votre enfant est-il capable de reconnaître et comprendre les sentiments et émotions d'une personne ?

Oui

Non

Votre enfant est-il capable de comprendre les intentions d'autrui ?

Oui

Non

Votre enfant est-il focalisé sur un sujet particulier ou inhabituel ?

Oui

Non

## ACTUELLEMENT

Classe actuelle de votre enfant : ..... / Classe(s) redoublée(s) : .....

Classe(s) sautée(s) : .....

Aime-t-il aller à l'école ?

Oui

Non

A-t-il des matières préférées ?

Oui

Non

Lesquelles .....

Bénéficie-t-il de : PAP

PPS

PPRE

AESH

ULIS

SESSAD  Matériel Informatique

En classe :

- Il participe activement Oui  Non
- Il a du mal à se concentrer Oui  Non
- Il a tendance à perturber les cours Oui  Non
- Il a des difficultés à comprendre ce qu'il lit Oui  Non
- Il a des difficultés à comprendre les consignes écrites Oui  Non
- Il a des difficultés à se faire comprendre lorsqu'il raconte un événement ou un film Oui  Non
- Il manque de vocabulaire ou ne trouve pas ses mots Oui  Non
- Il a des difficultés pour apprendre : comprendre les règles de grammaire (présent, futur, passé) et les conjugaisons Oui  Non

**Notez de 1 (pas de trouble) à 5 (beaucoup de troubles) les difficultés persistant actuellement pendant les devoirs à la maison :**

- Langage (expression/compréhension) : .....
- Lecture (fluidité, hésitation, compréhension) : .....
- Ecriture (rapidité, lisibilité) : .....
- Orthographe : .....
- Calcul : .....
- Géométrie : .....
- Mémoire : .....
- Attention : .....
- Comportement : .....

- Il a des difficultés pour apprendre par cœur (Multiplications, Poésies)

Oui

Non

- Il a des difficultés pour apprendre ce qui a du sens (Histoire-Géo, SVT)

Oui

Non

- Il a des difficultés pour garder en mémoire ce qu'il a appris la veille

Oui

Non

- Il a une bonne mémoire des événements, même lointains, et reconnaît les personnes, les lieux qu'il a vu il y a longtemps

Oui

Non

A la maison :

- Il est turbulent Oui  Non
- Il a du mal à rester concentré sur ses devoirs Oui  Non
- Il a du mal à rester en place plus de quelques minutes pour des jeux ou devant la télévision : Oui  Non
- Utilise-t-il un ordinateur ? Oui  Non

Combien de temps en moyenne, votre enfant passe de temps par jour devant un écran ?  
(Télévision, ordinateur, console et jeux vidéo, smartphone, ...) :

.....

- A quel moment de la journée ? .....
- Avant de partir à l'école ? .....
- En rentrant de l'école ? .....
- Avant d'aller se coucher ? .....
- Pendant le week-end ? .....
- Y a t il une TV dans sa chambre ? .....

Pour les jeux vidéos, joue t il en réseau ? .....

Depuis qu'il joue aux jeux vidéo son comportement a t il changé ? (Plus agressif, plus renfermés, moins de discussion avec l'entourage, se met en colère s'il en est privé, ..) :

.....

Accepte-t-il facilement d'arrêter de jouer ?

.....

Depuis combien de temps joue t il régulièrement aux jeux vidéo ?

.....

A-t-il des activités extrascolaires : (sports, musique, théâtre,...) Oui  Non

Lesquelles : .....

A quels jeux joue votre enfant l'intérieur ? : .....

À l'extérieur ? .....

A-t-il des problèmes alimentaires ? Oui  Non

Si oui, lesquels ? .....

A-t-il des troubles du sommeil ? Oui  Non

Dort il seul ? Oui  Non

A-t-il des troubles de la propreté ? Oui  Non

A quel âge a-t-il été propre le jour ? .....

La nuit ? .....

## ORGANISATION TEMPORELLE

Votre enfant rencontre-t-il aujourd'hui ou a-t-il rencontré des difficultés pour se repérer dans le temps ?

(Estimez l'intensité des difficultés et cochez la case correspondante sur l'échelle d'appréciation)

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	SOUVENT	TRES SOUVENT
Il se souvient difficilement des : jours / mois / années que nous sommes.					
Il confond les moments de la journée : matin / après- midi /soirée.					
Un événement qui est survenu le matin, il peut le placer la veille.					
Pour un événement qui est survenu il y a quelques jours, il peut dire : « il y a très longtemps... »					
Il lui est difficile de comprendre les relations existantes entre les membres de la famille.					
Il a du mal à comprendre les notions suivantes : hier, demain ou après-demain.					
Il a des difficultés à lire l'heure sur un cadran.					
Il se trompe lorsqu'il doit évaluer une durée, par exemple la durée d'un film, d'une activité,....					
Vous avez besoin de lui donner des indices pour qu'il se repère dans une semaine (dimanche : repos, lundi : école, mercredi : activités extrascolaires,.....)					

Votre enfant est-il suivi par un :

**Orthophoniste ?**

Oui

Non

**Orthoptiste ?**

Oui

Non

**Psychomotricien ?**

Oui

Non

**Ergothérapeute ?**

Oui

Non

**Neuropsychologue ?**

Oui

Non

**Psychologue ?**

Oui

Non

**Tout autre Médecin ?**

Oui

Non

Les suivis se font ils en :

**CMP**

Oui

Non

**CAMPS**

Oui

Non

**CMPP**

Oui

Non

**SESSAD**

Oui

Non

Votre enfant a-t-il déjà eu un test de quotient intellectuel (QI) ? : Oui  Non

Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ?

**Si oui, résultats ou compte-rendu à joindre impérativement à ce questionnaire.**

***Si vous souhaitez apporter d'autres précisions, n'hésitez pas à le faire***

***ici:***.....  
.....  
.....  
.....

# QUESTIONNAIRE DE CONNERS À L'INTENTION DES PARENTS

*Vous trouverez ci-dessous des énoncés décrivant des comportements d'enfants ou des problèmes qu'ils ont parfois.*

*Lisez chaque énoncé attentivement et décidez du degré auquel votre enfant a souffert de ce problème durant la dernière année en l'indiquant par un X dans la bonne colonne.*

Date : ..... NOM de l'enfant : .....

NOM du répondant :  Père  Mère  DATE de naissance : ...../...../.....

Autre : .....

	Pas du tout	Un petit peu	Beaucoup	Enormément
1. Tripote ou ronge certaines choses (ongles, cheveux, doigts, vêtements)				
2. Insolent(e) avec les grandes personnes				
3. A du mal à se faire des amis et à les garder				
4. Excitable, impulsif(ive)				
5. Veut tout commander				
6. Suce ou mâchonne (pouce, vêtements, couvertures)				
7. Pleure souvent ou facilement				
8. Se sent attaqué(e), est sur la défensive				
9. Rêvasse				
10. A des difficultés d'apprentissage				
11. Se tortille, ne tient pas en place				
12. A peur de nouvelles situations, de nouveaux endroits, de nouvelles personnes, ou de fréquenter l'école				
13. Est agité(e), a toujours besoin de faire quelque chose				
14. Est destructeur, destructrice				
15. Ment ou raconte des histoires inventées				
16. Est timide				
17. S'attire plus d'ennuis (se fait prendre plus souvent) que les autres enfants de son âge.				
18. Ne parle pas comme les autres enfants de son âge (parle en bébé, bégaye, est difficile à comprendre).				
19. Nie ses erreurs ou accuse les autres				
20. Est querelleur(euse), est souvent impliqué dans des bagarres				
21. Fait la moue, boude				
22. Prend des choses qui ne lui appartiennent				

pas				
23. Est désobéissant, ou obéit à contrecœur				
24. S'inquiète plus que les autres (de la maladie, de la mort, de la solitude)				
25. Ne termine pas ce qu'il (elle) a commencé				
26. Est facilement froissé, se fâche facilement				
27. Brutalise ou intimide ses camarades				
28. Ne peut s'arrêter lors d'une activité répétitive				
29. Est cruel, cruelle				
30. A un comportement immature (demande de l'aide pour quelque chose qu'il peut faire seul(e), est collant(e), a constamment besoin d'être rassuré)				
31. A des problèmes de fixation de l'attention, est facilement distrait				
32. Souffre de maux de tête				
33. A des changements d'humeur rapides et fréquents				
34. N'obéit pas ou n'aime pas obéir aux règles ou aime défier les interdits				
35. Se bagarre constamment				
36. Ne s'entend pas avec ses frères et sœurs				
37. Se décourage facilement lorsqu'un effort est nécessaire				
38. Dérange les autres enfants				
39. Est un(e) enfant foncièrement malheureux				
40. A des problèmes d'alimentation (mauvais appétit, se lève après chaque bouchée)				
41. Souffre de maux d'estomac				
42. A des problèmes de sommeil (ne peut s'endormir, se réveille trop tôt, se réveille durant la nuit)				
43. Se plaint de maux physiques et de douleurs				
44. Souffre de vomissements, de nausées				
45. Se sent lésé(e) à la maison, crie à l'injustice				
46. Se vante, fanfaronne				
47. Se laisse écraser, manipuler par les autres				
48. A des problèmes d'évacuation intestinale (selles molles, irrégulières, constipation).				

LES REPONSES A CE QUESTIONNAIRE SONT CONFIDENTIELLES. ELLES SERONT UTILES POUR LE PSYCHOEDUCATEUR QUI SUIT VOTRE ENFANT ET POUR VOTRE MEDECIN DE FAMILLE.



## FORMULAIRE D'ENGAGEMENT FAMILLE

Les soussignés,

Nom et Prénom des responsables légaux :

.....

Nom et Prénom du patient .....

Né le : ..... / ..... / ..... à : .....

Déclarent accepter de bénéficier du dispositif mis en place par le Dispositif Expert Régional Résodys, pour la prise en charge médicale des troubles d'apprentissages et du neurodéveloppement dont souffre l'enfant susnommé.

Déclarent adhérer au fonctionnement de Résodys tel qu'il est indiqué dans la Fiche d'Information Famille.

Nous autorisons le recueil et l'échange dans le respect des dispositions réglementaires et des règles déontologiques, de données nominatives concernant notre enfant,

- Entre les membres du réseau,
- Avec le psychologue et/ou le médecin scolaire qui assureront le lien entre l'équipe soignante et l'équipe éducative,
- Avec notre médecin traitant,
- Avec les Centres de référence des Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTLA), les Plateformes de Coordination et d'Orientation ou vers tout autre service apportant une réponse complémentaire aux besoins de notre enfant dans le cadre de son parcours de soin.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant, [secretariat@neurodyspaca.org](mailto:secretariat@neurodyspaca.org)

Nous donnons notre accord pour l'utilisation à des fins d'études statistiques ou épidémiologiques des informations concernant notre enfant, informations qui auront alors préalablement été rendues anonymes.

Nous avons noté que notre participation au réseau pouvait être annulée à tout moment par lettre adressée à la Secrétaire coordinatrice. Les soins ultérieurs seraient alors effectués normalement dans le cadre de la réglementation générale applicable.

Fait à ....., le ...../...../.....

*(Signature précédée de la mention  
manuscrite : « lu et approuvé ».)*

*(Signature précédée de la mention  
manuscrite : « lu et approuvé ».)*

## BULLETIN D'ADHESION

### A L'ASSOCIATION GESTIONNAIRE DU RESEAU DE SOINS RESODYS

NeurodysPaca est une Association Loi 1901 créée en 2002 pour être gestionnaire d'un réseau de soins régional dédié aux Troubles spécifiques de l'apprentissage.

Le montant de la Cotisation annuelle est de **15€ et l'adhésion est facultative.**

Votre adhésion à l'Association vous permet de bénéficier de la totalité des actions organisées par NeurodysPaca et de soutenir notre action de coordination des intervenants autour de votre enfant, d'être tenus informés de nos différentes actions de recherche et de formation et de recevoir notre Newsletter trimestrielle.

Si vous souhaitez adhérer, Merci de nous retourner ce document complété

Nom et Prénom du patient .....

Noms et Prénoms des responsables légaux :

.....

Profession des représentants légaux :

.....

Adresse personnelle :

.....  
.....

Téléphone : .....

Mail : .....

Fait à : ..... le : ...../...../.....

Signature obligatoire :

Conformément à la loi « *informatique et libertés* » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant, [secretariat@neurodyspaca.org](mailto:secretariat@neurodyspaca.org).

# QUESTIONNAIRE SCOLAIRE

(A TRANSMETTRE A L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE)

**Nom et fonction de la personne fournissant ces renseignements :**

**Date :**

*Madame, Monsieur,*

*La famille de cet enfant fait appel à nous en raison de ses difficultés d'apprentissage. Elle s'est montrée favorable à une collaboration entre votre école et nos services.*

*Ce questionnaire, ainsi que tous les autres documents concernant cet enfant que vous pourriez nous communiquer, nous sera utile pour mieux le connaître et analyser ses difficultés.*

*Nous vous remercions pour votre collaboration et vous prions de croire en l'assurance de nos sentiments les meilleurs.*

*L'Équipe de Résodys.*

**Nom et prénom de**

**l'enfant :** .....

Date de naissance : .....

**Établissement scolaire :** .....

.....

Adresse et téléphone : .....

Nom du **Médecin E.N.** pour l'année en cours : .....

Coordonnées : .....

Nom du Psychologue E.N. pour l'année en cours : .....

Coordonnées : .....

L'enfant bénéficie-t-il de :

PAP     PPS     PPRE     AESH     ULIS     SESSAD

L'enfant fréquente-t-il régulièrement l'école ?  Oui     Non

Reste-t-il à la cantine ?  Oui     Non

Pouvez-vous retracer son parcours scolaire ?

Années scolaires					
Classes fréquentées					

Établissements					
----------------	--	--	--	--	--

- L'enfant a-t-il déjà rencontré **un Psychologue E.N.** ?  Oui  Non
- A-t-il déjà rencontré **un Médecin E.N.** ?  Oui  Non
- Y a-t-il eu une Équipe Éducative ?  Oui  Non
- Un Geva-Sco a-t-il été rédigé ?  Oui  Non

**Si oui, pouvez-vous communiquer les résultats, observations et/ou comptes rendus avec ce questionnaire ?**

<i>Apprentissages fondamentaux</i>														
<b>1 - LECTURE :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A-t-il des difficultés de fluidité, d'hésitations en lecture</li> <li>- Fait-il des confusions de lettres : Si oui, préciser lesquelles ? b/d, p/q, ...</li> <li>- A-t-il des difficultés visuo-attentionnelles : invente-t-il des mots, saute-t-il des lignes ... ?</li> <li>- A-t-il des difficultés de compréhension en lecture de texte, de consignes ?</li> </ul>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">Oui</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">Non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: left;">Non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: left;">Non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: left;">Non</td> </tr> </table>	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non				
Oui	Non													
Oui	Non													
Oui	Non													
Oui	Non													
<b>2 - PRODUCTION ECRITE :</b>	<b>DIFFICULTES MOTRICES</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">Oui</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">Non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: left;">Non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: left;">Non</td> </tr> </table>	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non						
	Oui	Non												
Oui	Non													
Oui	Non													
	<b>ORTHOGRAPHE</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">Oui</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">Non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: left;">Non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: left;">Non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: left;">Non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: left;">Non</td> </tr> </table>	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		
Oui	Non													
Oui	Non													
Oui	Non													
Oui	Non													
Oui	Non													
<b>3 - CALCUL :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présente-t-il ou a-t-il présenté des difficultés relatives en calcul et mathématiques par rapport aux autres matières ?</li> <li>- A-t-il des difficultés particulières dans l'apprentissage des tables de multiplication ?</li> <li>- A-t-il des difficultés à poser les opérations en colonne ?</li> <li>- A-t-il des difficultés à apprécier les quantités, les dimensions, la représentation abstraite des nombres, le « sens du nombre » ?</li> <li>- A-t-il des difficultés particulières avec les problèmes et le raisonnement mathématique ?</li> <li>- L'acquisition des notions géométriques est-elle moins bonne que chez ses pairs ?</li> </ul>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">Oui</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">Non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: left;">Non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: left;">Non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: left;">Non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: left;">Non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: left;">Non</td> </tr> </table>	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	Non													
Oui	Non													
Oui	Non													
Oui	Non													
Oui	Non													
Oui	Non													

<i>Comportement en classe</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perturbe-t-il la classe ?</li> <li>- Participe-t-il ?</li> <li>- Est-il socialement adapté avec ses pairs et avec les adultes ?</li> <li>- Est-il insolent ?</li> </ul> <p>Si vous souhaitez développer :</p>	<p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p>		

<i>Aptitudes transversales</i>			
<b>1 - LANGAGE ORAL :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'exprime-t-il clairement ?</li> <li>- Prend-il volontiers la parole ?</li> <li>- A-t-il un langage bien articulé ?</li> <li>- Ses phrases sont-elles grammaticalement correctes ?</li> <li>- Son vocabulaire est-il bon ?</li> <li>- Est-il capable de raconter, organiser une narration ?</li> </ul>	<p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p>	
<b>2 - LA MEMOIRE :</b>	<p>Pensez-vous.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- qu'il a une bonne mémoire ?</li> <li>- qu'il apprend facilement ?</li> <li>- qu'il a une bonne mémoire « par cœur » ?</li> <li>- qu'il a une bonne mémoire sémantique ?</li> </ul>	<p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p>	
<b>3 - L'ATTENTION et LES FONCTIONS EXECUTIVES :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-il distrait au moindre stimulus ?</li> <li>- Est-il rêveur ?</li> <li>- A t- il des difficultés à rester concentré sur la durée ?</li> <li>- A t- il des difficultés à réaliser des doubles tâches ?</li> <li>- Avez-vous noté de l'impulsivité, une tendance à répondre trop vite, à s'exprimer sans être interrogé, à interrompre les discussions de manière inopinée, ... ?</li> <li>- Avez-vous noté une agitation motrice, une tendance à vouloir se lever, un besoin de mouvement ?</li> <li>- Avez-vous noté des difficultés dans l'organisation de ses affaires, du temps, de l'action ?</li> </ul>	<p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p>	
<b>4 - MISE EN PLACE D'UNE METHODE DE TRAVAIL :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sait il initier seul un travail ?</li> <li>- Choisir les bons outils ?</li> <li>- Est-il capable de planifier les étapes de son exécution ?</li> <li>- Est-il capable de mener les tâches jusqu'à leur terme ?</li> <li>- Est-il capable de vérifier la justesse du travail produit ?</li> </ul>	<p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p> <p>Oui    Non</p>	

## *Compétences sociales et affectives*

- Respecte-t-il les règles de vie et de l'établissement ? ses pairs ? les adultes ?	Oui	Non
- A-t-il une bonne estime de lui-même ?	Oui	Non
- Est-il inhibé ?	Oui	Non
- Est-il anxieux ?	Oui	Non
- Est-il isolé ?	Oui	Non
- Est-il sujet à des changements d'humeur ?	Oui	Non
- S'implique-t-il dans les projets de classe ?	Oui	Non
- Son comportement est-il adapté aux diverses situations de la vie de classe ?	Oui	Non
- Sa motivation est-elle fragile ?	Oui	Non

*Concernant les autres matières, en particulier les langues vivantes et l'EPS*

*Commentaires et appréciations complémentaires*

*Merci encore du temps que vous avez pris pour renseigner ce questionnaire.*

## FORMULAIRE D'ENGAGEMENT PRATICIEN

Je soussigné(e), M. / Mme :

Adresse professionnelle :

Déclare accepter devenir un des membres de l'équipe praticien dans le cadre du réseau de santé troubles d'apprentissages Résodys et d'adhérer volontairement à la Charte des Réseaux, de participer aux réunions de synthèses (physique ou virtuelle).

En tant que Médecin réseau, je m'engage à remettre à la Coordinatrice, une Fiche de consultation renseignée par Patient.

En tant que Praticien paramédical, je m'engage à adresser à la Coordinatrice un bilan complet et étalonné ainsi que le Profil Résodys correspondant (Orthophonique, Psychomoteur, Ergothérapeute ou Neuropsychologique), au début et à la fin de la prise en charge du patient par le réseau.

J'ai pris connaissance de la notice d'Information Praticien et obtenu toutes les informations complémentaires souhaitées de la part de la Coordinatrice.

Je déclare accepter les modalités de fonctionnement établies par le réseau.

Je prends note que le paiement des actes de l'année en cours s'effectue sur une année civile seulement et m'engage donc à adresser au service comptable du réseau les factures d'honoraires maximum 6 mois après la réalisation de la prestation.

Je m'engage à ne pas utiliser ma participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité.

J'ai noté que ma participation pouvait être annulée à tout moment par lettre adressée au médecin coordinateur du Réseau sans que cela ne nuise à la prise en charge du patient.

Fait à ....., le ..../...../.....

*Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »*

## BULLETIN D'ADHESION PRATICIEN

Résodys est une Association Loi 1901 créée en 2002 pour être gestionnaire d'un réseau de soins régional dédié aux Troubles spécifiques de l'apprentissage et devient NeurodysPACA en 2021.

Votre cotisation à l'Association vous permet de soutenir notre action de coordination, de prendre part aux votes lors de l'Assemblée Générale, d'être informés en priorité des actions de formation organisées pour les professionnels du réseau et de recevoir chaque trimestre notre Newsletter.

Le montant de la Cotisation annuelle est de 15 € et il est facultatif.

**Si vous souhaitez adhérer, merci de nous retourner le présent document complété.**

Je soussigné ( e),

NOM : ----- Prénom : -----

Profession : -----

Adresse professionnelle : -----

-----

Téléphone : -----

Mail : -----

N° Adéli / N° Inscription Ordre des Médecins : -----

Souhaite adhérer à l'Association NeurodysPACA.

Fait à : ----- le : ----/----/-----

Signature obligatoire :

Les renseignements contenus dans le présent bulletin d'adhésion faisant l'objet d'un traitement informatisé, vous disposez conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 d'un droit d'accès et de rectification que vous pourrez exercer à notre siège. Ces informations nominatives sont exclusivement à l'usage de notre association et ne peuvent être communiquées à des tiers sauf aux organismes publics pour répondre à des obligations légales.