

CONDITIONS D'ACCÈS AU CENTRE RÉFÉRENT DES TROUBLES DES APPRENTISSAGES

Pour accéder à une évaluation pluridisciplinaire au CERTA,
les familles doivent nous adresser un dossier comprenant IMPÉRATIVEMENT :



1 COURRIER du médecin traitant et/ou du médecin scolaire et/ou d'un thérapeute (orthophoniste, neuropsychologue, psychométricien, ergothérapeute ou orthoptiste)



QUESTIONNAIRES pour les PARENTS - Pages 3 à 19

AUTORISATION des parents – Page 20

QUESTIONNAIRE pour les ENSEIGNANTS – Page 23



LES RESULTATS SCOLAIRES

(Des 2 dernières années)



1 BILAN Orthophonique du langage oral et écrit qualitatif et quantitatif datant d'un an au maximum



1 BILAN Psychologique (qui peut être réalisé par un **psychologue Libéral**, un conseiller d'orientation psychologue du collège, un psychologue de l'Éducation Nationale, ...) comprenant une Évaluation des Compétences Intellectuelles adaptée à l'âge de l'enfant et à ses difficultés datant de moins de 24 mois pour les enfants de plus de 6 ans.



1 BILAN Ophtalmologique sera également à fournir d'ici votre consultation au CERTA
(Si votre enfant porte des lunettes, pensez à les apporter le jour du rendez-vous)
+ 1 BILAN orthoptique si possible



1 BILAN d'Audition (ORL) si votre enfant présente des difficultés de langage et/ou de l'attention

Attention !

Votre enfant a moins de 5 ans ?

Il sera vu en consultation médicale, dans le service, par le Médecin et/ou par le Psychologue, uniquement après réalisation d'un bilan orthophonique au préalable.

Les dossiers incomplets, ou dont les bilans ne remplissent pas les critères demandés ne pourront pas aboutir à un RDV au CERTA.

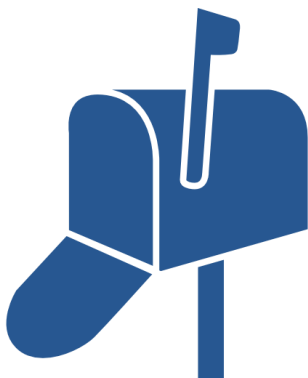
Pour ne pas retarder la prise en charge des enfants et la mise en place d'aides pédagogiques en attendant l'avis du CERTA, nous conseillons aux familles de signaler les difficultés aux enseignants et de demander la réalisation au minimum d'un PPRE (projet personnalisé de réussite éducative) (Cf. page 22) avec si possible la présence du /ou des thérapeute(s) qui suit(vent) l'enfant, un contact téléphonique ou un courrier entre le/ ou les thérapeute(s) et l'enseignant reste essentiel dès le début de l'année scolaire.

En cas de refus de la part de l'école ou de troubles jugés plus sévères par les thérapeutes de l'enfant, les familles pourront s'adresser au médecin scolaire pour réaliser un PAP (Cf. page 22), ou au psychologue de l'éducation nationale, ou au conseiller psychologue d'orientation ou à l'infirmier(e) scolaire pour le collège.

Le dossier (complet) de l'enfant sera étudié par l'équipe du CERTA. Après analyse, vous sera proposée soit une évaluation pluridisciplinaire sur une journée, soit une consultation médicale avec un neuropédiatre ou un pédopsychiatre.

Le CERTA n'accueille que les enfants porteurs de troubles sévères des apprentissages. Si les troubles de votre enfant ne justifient pas une évaluation dans notre service, nous contacterons les thérapeutes qui le prennent en charge et vous adresserons un courrier.

Envoyez ce dossier à l'adresse suivante (uniquement par courrier postal)



CERTA - Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-LENVAL.
57 avenue de la Californie 06200 Nice.

Nous contacter

Nellec.p@pediatrie-chulenzal-nice.fr

 04 92 03 92 00

 04 92 03 92 09

QUESTIONNAIRE À REMPLIR PAR LES PARENTS

Strictement confidentiel, pour constitution du dossier médical de l'enfant.

Date du jour ____/____/____

Nom des PARENTS _____/_____

Adresse _____

Tél _____ Mail _____

Nom de l'ENFANT _____

Prénom de l'ENFANT _____

Né(e) le ____/____/____

Latéralité Droitier Gaucher Non déterminé

Établissement scolaire _____

N° de téléphone école _____



Photo de L'Enfant

Motif de la demande de consultation au CERTA :

Adressé par _____

Problème(s) médical(x) présenté(s) par l'enfant ? (*Pathologies autres que troubles d'apprentissages*)

Traitement(s) médicamenteux ? Oui / Non

Lesquels ? _____

Bilan VISION - Résultat : _____

Bilan AUDITION - Résultat : _____

Suivi mis en place actuellement

Orthophonie Depuis _____ / Nombre de séances par semaine _____
 Neuropsychologie Depuis _____ / Nombre de séances par semaine _____
 Psychologie Depuis _____ / Nombre de séances par semaine _____
 Ergothérapie Depuis _____ / Nombre de séances par semaine _____
 Psychomotricité Depuis _____ / Nombre de séances par semaine _____
 Orthoptie Depuis _____ / Nombre de séances par semaine _____

ACTIVITES PRATIQUEES

Si Activités extrascolaires - Précisez :

Si Activités en Famille Régulières - Précisez :

HISTOIRE FAMILIALE

| | Prénom | Né(e) le | Difficultés Scolaires ? | Type de difficultés | Niveau Scolaire | Diplôme(s), niveau scolaire ou Professions |
|-------------|--------|----------|-------------------------|---------------------|-----------------|--|
| Père | | | | | | |
| Mère | | | | | | |
| Frère /sœur | | | | | | |
| Frère /sœur | | | | | | |
| Frère /sœur | | | | | | |

Maladie Chronique dans la Famille

Oui / Non

Si Oui, Précisez _____

HISTOIRE DE L'ENFANT

LA GROSSESSE ET LA NAISSANCE

Déroulement de la grossesse (prise de médicament, problèmes médicaux, épisodes infectieux, prise de toxiques, autres...)

Terme de naissance _____ Poids _____ Taille _____ Pc _____

Transfert du bébé après l'accouchement (*Réanimation*) Oui / Non

Votre accouchement s'est-il bien passé ? Oui / Non

Si non pourquoi ? _____

DEVELOPPEMENT DURANT LES PREMIERES ANNEES

Propreté

Age de l'Acquisition de la Propreté _____

Était-il propre à l'entrée à l'école Maternelle Oui / Non

Sommeil

Difficultés au niveau du sommeil ? Oui / Non

À quel âge a-t-il fait ses nuits ? _____

Dort-il ou a-t-il dormi avec ses parents ? _____

Alimentation

Difficultés d'alimentation ? Oui / Non

Si oui précisez _____

Allaitement au sein Oui / Non

Allaitement artificiel Oui / Non

Jusqu'à quel âge ? _____

Langage et communication

À quel âge montrait-il du doigt _____

Age des premiers mots _____

Faisait-il des phrases à l'entrée en Maternelle ? Oui / Non

Si non, communiquait-il par gestes Oui / Non

Motricité

Age de la tenue assise _____ Age de la Marche _____

Comportement dans la petite enfance

- Colères / pleurs fréquents et difficiles à calmer ? Oui / Non
 Si oui jusqu'à quel âge ? _____
 Enfant éveillé et souriant ? Oui / Non
 Problèmes de santé durant cette période ? Oui / Non
 Si oui précisez _____

Divers

- Mode de garde si reprise de travail de la mère _____
 Quel âge avait l'enfant _____

ACTUELLEMENT : VIE QUOTIDIENNE

SOMMEIL

- Difficultés Oui / Non
 Heure du coucher en période Scolaire _____
 S'endort-il rapidement ? Oui / Non
 Se réveille-t-il la nuit ? Souvent / Parfois / Jamais
 Le matin, se réveille-t-il facilement ? Oui / Non
 Regarde-t'il la télévision ou les écrans avant de se coucher ? Oui / Non

ALIMENTATION

- Difficultés Oui / Non
 Mange-t-il de tout ? Oui / Non
 Mange-t-il beaucoup de sucreries Oui / Non
 Mange-il à la cantine ? Oui / Non

COMPORTEMENT ET RELATIONS AVEC LES AUTRES

- Relations avec les enfants de son âge :
 Très bonnes Bonnes Moyennes Mauvaises
- Aptitude à s'intégrer aux groupes :
 Très bonne Bonnes Moyennes Mauvaises
- Agressivité envers les autres ? Oui / Non
- A-t-il tendance à se dévaloriser ? Oui / Non

ACTUELLEMENT : COMPÉTENCES DE L'ENFANT

Identidys

Échelle d'aide au dépistage des troubles DYS

Le questionnaire suivant (IDENTIDYS) porte sur 5 sphères :

- A. *Attention /Hyperactivité / Impulsivité*
- B. *Langage oral*
- C. *Langage écrit*
- D. *Motricité / Repérage spatial*
- E. *Fonctionnement exécutif*

Pour chaque question, dites (par rapport à ce que vous pouvez observer chez votre enfant), si les situations rapportées se rencontrent :

Oui - Très souvent
Rarement - Situations anecdotiques
Non – Jamais

Vous êtes également libres d'y associer des commentaires afin de préciser vos réponses.

ATTENTION / CONCENTRATION

Votre enfant a du mal à soutenir son attention (rester concentré longtemps également sur une activité de loisir) **ET/OU** Il a tendance à se désinvestir de tâches nécessitant un effort mental soutenu (y compris en dehors du scolaire, ex. jeux de société).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant est facilement distrait par ce qui peut se passer autour de lui.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant oublie fréquemment certaines choses de la vie quotidienne (consignes, cahiers, clefs...) **ET/OU** Il perd régulièrement des objets ou des affaires nécessaires à son travail ou à ses activités (sac, trousse, portable...).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Les difficultés attentionnelles sont observées dans la sphère scolaire (école et devoirs).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Les difficultés attentionnelles sont observées dans la sphère privée (loisirs, activités quotidiennes).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Les difficultés attentionnelles sont présentes depuis plus de 6 mois.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant a des difficultés à attendre son tour (tour de parole, self-service, cantine, jeux de société...).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant se lève souvent dans des situations où il est censé rester calme et assis (en classe, cinéma, jeux de société) **ET/OU** Il est constamment en mouvement (bouge beaucoup) à l'école et/ou dans les activités de loisir.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant a tendance à agir plus vite qu'il ne réfléchit, il répond aux questions avant qu'elles soient complètement posées.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant a du mal à aller se coucher ou s'endormir à cause de son agitation / excitation **ET/OU** Il ne semble jamais être fatigué et manifeste régulièrement le besoin d'être en activité (y compris lors des repas).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Son agitation / son impulsivité est présente sur la sphère scolaire (Ecole et devoirs) depuis plus de 6 mois.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Son agitation / son impulsivité est présente sur la sphère privée (loisirs, activités quotidiennes) depuis plus de 6 mois.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

LANGAGE ORAL

Votre enfant a des difficultés pour comprendre le sens des conversations.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant montre des difficultés pour trouver les mots justes (manque du mot).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant a des difficultés pour résumer ou raconter une histoire de manière cohérente.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant montre des difficultés pour s'exprimer (on ne le comprend pas toujours).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant parvient davantage à réaliser ses exercices lorsque qu'on lui reformule les consignes.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant a des difficultés pour structurer correctement ses phrases.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Le langage a mis du temps à se mettre en place (Votre enfant ne faisait pas de phrase à l'entrée en Maternelle **ET/OU** on ne le comprenait pas).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant n'a pas un vocabulaire étendu.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant a des difficultés pour conjuguer les verbes.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant a des difficultés dans ses relations avec les autres enfants de son âge.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant était colérique ou pleurait souvent dans la petite enfance.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant a tendance à procéder par mimétisme en classe (à se calquer sur ce que font les autres).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

LANGAGE ECRIT

Votre enfant montre des difficultés pour comprendre ce qu'il lit.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Il est régulièrement nécessaire de lui reformuler ou de lui lire les consignes.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant parvient davantage à réaliser ses exercices lorsque qu'on lui reformule les consignes.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant montre d'importantes difficultés pour apprendre ses tables de multiplication.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Il faut régulièrement insister sur cet apprentissage mais dès le lendemain il oublie ce qu'il a appris la veille.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant se montre lent dans l'activité de copie (au tableau) ou lors de la prise de notes.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant fait de nombreuses fautes d'orthographe, et peut écrire un même mot de différentes manières.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant a des difficultés en écriture (mauvaise qualité) mais parvient à écrire correctement lorsqu'on lui laisse le temps.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant n'aime pas lire ET/OU Il ne lit pas.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant ne parvient pas bien à se repérer dans le temps (gestion du temps qui passe, confond les jours, les mois).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant ne parvient pas à prendre ses cours en entier.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant ne parvient pas à relire ses cours car la qualité graphique est très mauvaise.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

MOTRICITE / REPERAGE SPATIAL

Votre enfant a des difficultés en géométrie (repérage dans l'espace ou manque de précision).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant a des difficultés en Mathématiques (pose d'opérations, lecture d'un tableau à double entrées).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant a des difficultés dans les activités sportives (demandant de l'équilibre et une bonne coordination).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant montre des difficultés dans l'utilisation de certains outils scolaires (compas, règles...).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant montre des difficultés dans l'utilisation de certains outils au quotidien (couteau, fourchettes, bouteille...).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant est maladroit lorsqu'il aide à la maison (se cogne, renverse les objets).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant a des difficultés en écriture (mauvaise qualité) et ne parvient pas à écrire correctement y compris lorsqu'on lui laisse le temps.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant montre des difficultés en motricité fine (faire ses lacets, boutonner, colorier, découper...).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant montre des difficultés en motricité globale (courir, sauter, activités sportives...).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant n'aime pas dessiner... (Quelles en sont les raisons selon lui ?).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant ne parvient pas bien à se repérer dans l'espace (perte de repère dans un lieu connu).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant montre des difficultés dans l'habillage (orientation des vêtements, aisance...).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

FONCTIONNEMENT EXECUTIF

Votre enfant a du mal à prendre appui sur les conseils qui lui sont donnés face à une situation problématique et persévère de manière démesurée dans ses erreurs.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant vous pose plusieurs fois les mêmes questions malgré le fait que vous y ayez déjà répondu **ET/OU** il persévère en réalisant plusieurs fois la même action.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant ne peut s'empêcher de toucher ou de prendre les objets présents dans son environnement y compris si ces derniers ne sont pas à sa portée.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant ne peut s'empêcher de régulièrement dévier sur un autre thème de conversation au fil de son discours.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant rencontre d'importantes difficultés pour élaborer différentes solutions face à une même situation problématique.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant rencontre d'importantes difficultés pour envisager une même situation sous plusieurs points de vue.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant rencontre d'importantes difficultés pour retenir une longue consigne (il ne retient généralement que le début ou la fin).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant rencontre d'importantes difficultés pour les apprentissages par cœur (poésie, tables de multiplication...).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant semble rapidement oublier ce qui lui a été initialement demandé si un élément extérieur vient le perturber entre temps.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant rencontre d'importantes difficultés pour remplacer ou ajouter une information à son raisonnement sans en perdre le fil.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant se montre passif face à des situations impliquant une prise de décision.

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

Votre enfant rencontre d'importantes difficultés pour planifier ses activités (au regard des possibilités selon l'âge).

OUI / Rarement / NON

COMMENTAIRES (facultatif)

PARCOURS SCOLAIRE

ECOLE MATERNELLE

Age de la scolarisation _____

Difficultés de séparation ? Oui / Non

Bonne participation aux activités ? Oui / Non

Autres informations ?

PSM _____

MSM _____

GSM _____

Proposition de redoublement et/ou redoublement GSM Oui / Non

ECOLE PRIMAIRE

Apprentissage de la lecture

Facile Difficile Impossible

Apprentissage de l'écriture

Facile Normal Difficile Impossible

Apprentissage des mathématiques (*le calcul, les problèmes, la géométrie, le raisonnement*) :

Facile Difficile Normal Impossible

Difficultés particulières

Proposition de redoublement et/ou redoublement Oui quelle classe ? _____ / Non

Aides proposées

Aménagements / RASED / PPRE / PAP / PPS / Soutien scolaire

AVS (AESH) – Nombre d'heures _____

Fait-il seul ses devoirs? Oui / Non

Temps de travail par soir ? _____

COLLEGE

Ordinaire ULIS SEGPA Autres _____

Difficultés particulières

Proposition de redoublement et/ou redoublement Oui quelle classe ? _____ / Non

Aides proposées

Aménagements / RASED / PPRE / PAP / PPS / Soutien scolaire
 AVS – AESH – Nombre d’heures _____

Fait-il seul ses devoirs?

Oui / Non

Temps de travail par soir ? _____

MERCI DE RETOURNER OBLIGATOIREMENT CET IMPRIME SIGNE

Je soussigné _____

Parent de l'enfant _____

Autorise le CERTA à se mettre en rapport avec les membres de l'équipe scolaire ou les professionnels spécialisés qui s'occupent de l'enfant afin d'être en mesure de lui apporter la meilleure aide possible.

Lieu _____

Date ____/____/____

Signature

Nom de l'établissement scolaire _____

Ville _____

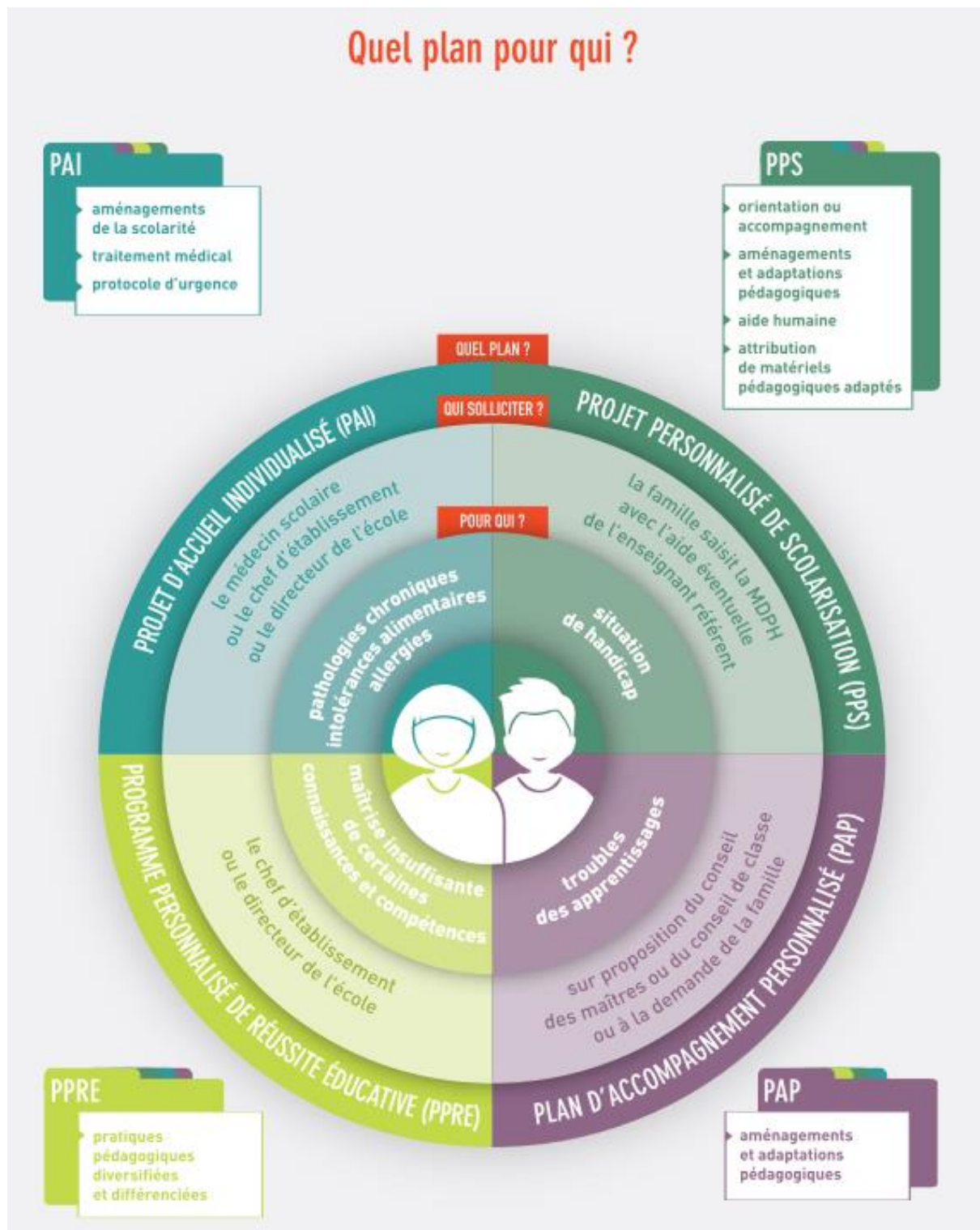
Nom de l'enseignant ou d'un responsable pédagogique

Numéro de téléphone de l'établissement _____

Niveau scolaire _____

Pour votre information ...

PAI, PPRE, PAP, PPS, qu'est-ce que c'est ?
 Comment les mettre en place ?
 Pour qui ?



Questionnaire pour l'établissement scolaire

Elève : _____

classe : _____

Ecole (nom et coordonnées) : _____

Enseignant : _____

Date : _____

| NIVEAU DE COMPETENCES | Sous niveau scolaire attendu | Très peu sous le niveau scolaire attendu | niveau scolaire attendu | Un peu au-dessus du niveau scolaire attendu | Bien au-dessus du niveau scolaire attendu | Ne s'applique pas |
|---------------------------------------|------------------------------|--|-------------------------|---|---|-------------------|
| EXPRESSION ORALE | | | | | | |
| Parler de manière adaptée | | | | | | |
| Participer à un échange | | | | | | |
| LECTURE | | | | | | |
| Décoder | | | | | | |
| Comprendre | | | | | | |
| ECRITURE | | | | | | |
| Ecrire manuellement | | | | | | |
| Orthographier | | | | | | |
| Réaliser les accords | | | | | | |
| Rédiger | | | | | | |
| MATHEMATIQUES | | | | | | |
| Connaître les nombres | | | | | | |
| Calculer | | | | | | |
| Résoudre des problèmes | | | | | | |
| COMPETENCES TRANSVERSALES | | | | | | |
| Suivre les consignes | | | | | | |
| Organiser son travail | | | | | | |
| Terminer sa tâche | | | | | | |
| Etre autonome | | | | | | |
| Coopérer avec ses pairs | | | | | | |
| Prendre en compte les règles communes | | | | | | |

Est-ce que l'élève comprend les consignes orales ?

Commentaires :
