



*Service de Pédiatrie Néonatale et Réanimation - Centre d'Education Fonctionnelle de l'enfant
Pédiatrie en Maternité-Centre d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP)
Professeur Stéphane MARRET - Chef de Service*

**Centre de Références des Troubles du Langage et des Apprentissages
Médecin Référent : Docteur Aude CHAROLLAIS**

Antenne de Rouen

Pavillon Mère et Enfant
Secrétariat du Docteur Aude CHAROLLAIS
☎ 02.32.88.56.93 / 02.32.88.56.98
Fax : 02.32.88.04.27 / 02.32.88.56.11

@ : Gestion.Neonatalogie@chu-rouen.fr
(messagerie pour prise de rendez vous – annulation)

Médecins :

Docteur Catherine AZNAR
Docteur Sabine GUENNEGUEZ
Docteur Sophie RADI
Docteur Gaëlle DE LA VILLEON

Psychologues :

Mme Marie LEMARCHAND
Mme Elodie ALLAIS

Orthophonistes :

Mme Marie Hélène STUMPF
Mme Séverine ROBERT- LORMAND

Psychomotriciennes :

Mme Armelle NAZ
Mme Marie AUBERT

Orthoptiste : Mme Nadine FLICOURT

Antenne d'Evreux

28 bis rue d'Harrouard
27000 EVREUX
☎ 02.32.37.08.08 / Fax : 02.32.30.09.87

Médecins :

Docteur C. SILIGHINI

Psychologue : Mme S. QUESNEL
Mme E. PARISATO

Orthophonistes :

Mme M. GUENARD
Mme M. MENU

Madame, Monsieur,
Suite à votre mail / appel téléphonique reçu ce jour, nous demandant un rendez-vous avec l'équipe du Docteur CHAROLLAIS, nous vous prions de trouver ci-joint le dossier à constituer.

Il est impératif que votre dossier soit complet pour que nous puissions donner suite à votre demande.

Nous vous invitons à le retourner à l'adresse suivante :

**Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages
Gestion RDV 1^{ère} fois
PME
CHU Charles Nicolle
1 rue de Germont
76031 ROUEN Cedex**

Vous en souhaitant bonne réception.
Bien cordialement.

La Secrétaire



FICHE
A COMPLETER PAR
LES PARENTS DE L'ENFANT



NOM de l'enfant :

Sexe : F

M

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Classe fréquentée par l'enfant :

Coordonnées établissement scolaire :

.....

.....

SITUATION MATRIMONIALE DES PARENTS

Mariés

Vie Maritale

Pacsés

Séparés

Divorcés

Célibataire

Autre (décès)

AUTORITE PARENTALE DETENUE PAR

Père et Mère conjointement

Père seul

Mère seule

Autre (préciser)

PERE

NOM – Prénom :

.....

Adresse :

.....

.....

.....

Tél domicile :

.....

Tél portable :

.....

Email FACULTATIF :

.....

MERE

NOM – Prénom :

Adresse :

.....

Tél domicile :

Tél portable :

Email FACULTATIF :

SUIVI DE L'ENFANT

→ MEDECIN TRAITANT : VILLE :

→ PEDIATRE : VILLE :

- PEDO-PSYCHIATRE : ----- **VILLE** -----
- CMP/CMPP/PMI : ----- **VILLE** -----
- CAMSP / IME : ----- **VILLE** -----
- SESSAD : ----- **VILLE** -----

→ **INTERVENANTS SCOLAIRES** :

Médecin Scolaire : Non Oui NOM : -----

Psychologue Scolaire : Non Oui NOM : -----

Enseignant Référent : Non Oui NOM : -----

→ **INTERVENANTS HOSPITALIERS (SPECIALISTES MEDICAUX)** : -----

→ **AUTRES INTERVENANTS LIBERAUX**

Date 1^{er} Bilan / Date dernier bilan,

prise en charge

Orthophoniste : ----- Ville : ----- ----- / -----

Psychomotricien : ----- Ville : ----- ----- / -----

Psychologue : ----- Ville : ----- ----- / -----

Ergothérapeute : ----- Ville : ----- ----- / -----

Orthoptiste : ----- Ville : ----- ----- / -----

Autres (à préciser) : -----

Votre enfant a-t-il rencontré un ORL ?

Non Oui Date :

Votre enfant a-t-il rencontré un ophtalmologue ?

Non Oui Date :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un traitement particulier ?

Non Oui

Si oui : NOM du médicament :

Pour quelle maladie :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un dossier auprès de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)?

Non Oui

Si oui, Pourquoi ?

AEEH (Allocation Education Enfant Handicapé)

Reconnaissance d'un trouble

Orientation scolaire particulière

Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS)

HABITUDES DE VIE

L'enfant est-il scolarisé à temps plein ?

Non

Oui

Si non, pour quelle raison ?

L'enfant pratique-t-il une activité extra-scolaire ?

Non

Oui

Si oui, laquelle ?

Combien de temps par semaine ?

L'enfant a-t-il des frères et sœurs ?

Non

Oui Combien ?

Un suivi est-il assuré pour un ou plusieurs enfants de la fratrie ?

Non

Oui Préciser :

RESUME DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Avez-vous repéré un retard dans le langage ?

Non

Oui

Si oui, âge de l'acquisition : mois

Vers quel âge l'enfant a-t-il acquis la marche libérée (non tenu) ? mois

Vers quel âge l'enfant a-t-il acquis la propreté le jour ? mois

Vers quel âge l'enfant a-t-il fait ses nuits ? mois

A-t-il des troubles du sommeil ?

Non

Oui

De quel ordre?

Rencontrez-vous des difficultés dans l'alimentation ?

Non

Oui

De quel ordre?

RESUME DU COMPORTEMENT DE L'ENFANT

Existe-t-il des plaintes dans les différents lieux de vie ?

Ecole

Maison

Activité extra-scolaire

Autre

Quel type de plainte ? :



FICHE
A COMPLETER PAR
LE MEDECIN TRAITANT
DE L'ENFANT



Cher Confrère,

Un rendez-vous au Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages est demandé pour l'enfant, né(e) le

Pour cela, nous avons besoin de quelques renseignements complémentaires le concernant.

Avez-vous connaissance d'une pathologie ou d'une hospitalisation ayant nécessité un traitement pouvant avoir une incidence sur son développement ?

Vous remerciant de nous transmettre tous les éléments pouvant être pris en compte dans notre diagnostic.

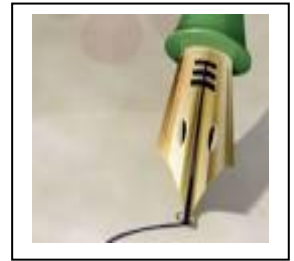
Comptant sur votre aide.

Bien confraternellement.

Docteur A. CHAROLLAIS



FICHE
A COMPLETER PAR
LA PERSONNE ORIENTANT
L'ENFANT VERS LE CRTLA



Madame, Monsieur,

Vous souhaitez obtenir un rendez-vous au Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages, pour votre patient.

Afin de répondre au mieux à votre demande, nous avons besoin de quelques renseignements complémentaires le concernant.

Nous vous remercions de bien vouloir nous détailler celle-ci.

Bien Cordialement.

Docteur A. CHAROLLAIS

FICHE
A COMPLETER PAR
L'ENSEIGNANT
DE L'ENFANT
(Maternelle / primaire)



Madame, Monsieur,

Un rendez-vous au Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages est demandé pour l'enfant, né(e) le

Pour cela nous avons besoin de quelques renseignements le concernant (avec l'accord des parents).

Votre regard et vos observations nous sont précieux. N'hésitez pas à ajouter des commentaires.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter cette fiche;

Bien cordialement.

Docteur A. CHAROLLAIS

L'enfant a-t-il acquis le statut d'élève ?

En terme de disponibilité, l'enfant :

Présente une fatigabilité particulière

Oui

Non

A la possibilité de porter son attention un moment quand on la sollicite

Peut faire preuve d'attention plus prolongée, d'attention soutenue

Si vous avez noté une distractibilité, par quoi est-il distrait ?

Par des éléments extérieurs

Par lui-même

Les 2 à la fois

En terme de comportement :

- Agitation, ne tient pas en place, se lève, prend la parole de façon intempestive...
- Impulsivité, précipitation (par exemple commence avant la fin de la consigne)
- Ne semble pas pouvoir satisfaire aux règles de la classe
- Colères, crises de nerfs, violence...
- A l'inverse, difficilement mobilisable, passivité importante...
- Ne se mêle pas au groupe, ne va pas vers les autres enfants

L'enfant entre-t-il dans les apprentissages?

Langage ORAL

- L'enfant est-il gêné dans la compréhension orale?

Oui

Non

- Concernant l'expression orale, l'enfant :

Ne parle pas ou très peu (il utilise des mots-phrases)

Fait des phrases mais parle mal, est très difficilement compréhensible

Malgré ses troubles, il est communicatif, informatif

Parle normalement mais n'est pas informatif

L'enfant ne prend pas la parole en classe mais le fait en dehors de la classe (à la récréation, temps de cantine, temps périscolaire...)

Au final, considérez-vous, en situation-classe, les productions langagières de l'enfant adaptées (communication, évocation) ?

Oui

Non

(Pré) Graphisme (écriture manuelle, tracés, dessins, géométrie)

- Rien (le graphisme semble impossible à l'enfant ou il refuse cette activité)

L'activité est possible mais de très mauvaise qualité

L'enfant montre une dégradation rapide, manifestement il fatigue

Jugez-vous le graphisme adapté en classe?

Oui

Non

L'enfant (au-delà de l'écrit) est-il particulièrement maladroit ?

Oui

Non

Lecture, langage ECRIT

- Connaît ses lettres : reconnaissance des sons associés aux lettres
- Le travail sur la phonologie est correct (métaphonologie)
- Est entré dans la combinatoire
- En lecture, oublis de lettres, de syllabes, des inversions de lettres, des sauts de mots, de lignes
- L'enfant est en difficulté avec :
 - les mots nouveaux
 - les mots irréguliers
- Lors de la lecture au tableau
- Lors de la lecture sur feuille A4 sur table
- Avec des supports visuels surchargés d'informations (comportant en plus du texte à lire des

images, des schémas, une disposition chargée avec beaucoup d'éléments)

L'enfant a-t-il une bonne compréhension de ce qu'il lit?

- Oui
- Non

L'enfant a-t-il une meilleure compréhension quand un tiers lui lit les supports pédagogiques écrits?

- Oui
- Non

Mathématiques

- Comptine des nombres non ou mal acquise, instable... Jusqu'à combien ?
- Dénombrement : difficulté de coordination du terme à terme entre la comptine et le pointage (oublis, sur-comptage, mauvaise synchronisation...)
- Difficultés de construction des 1ères figures géométriques
- Difficultés de mémorisation en temps réel (par exemple en calcul mental)
- Difficultés avec la pose des opérations (problème d'alignement, de place des signes ou des retenues)
 - En résolution de problèmes, difficultés pour sélectionner les données pertinentes des énoncés
 - En résolution de problèmes, difficultés de compréhension des énoncés
 - Difficultés de mémorisation des tables
 - Difficultés de logique (par exemple dans le choix des opérations...)

Mémorisation

Selon vous, s'il y a des difficultés de mémorisation, sont-elles :

- A court terme
- Immédiat
- A long terme

Votre impression "générale", cet élève

Est gêné sur le plan :

- Auditif
- Verbal
- Visuel

Est en difficulté (plusieurs réponses possibles) avec :

- L'oral
- L'orthographe
- Le graphisme
- Les mathématiques
- L'écriture manuelle
- La compréhension
- La mémoire
- La lecture
- Le comportement
- Autre :

COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



CONSTITUTION DOSSIER DEMANDE RDV 1^{ère} fois

au Centre de **R**éférence des **T**roubles du **L**angage et des **A**pprentissages

- Une fiche administrative à compléter par les parents
- Un questionnaire à compléter par le Médecin Traitant
- Un questionnaire à compléter par la personne orientant l'enfant vers le CRTLA
- Un questionnaire à compléter par l'enseignant de l'enfant
- Les photocopies des compte-rendus des bilans réalisés (orthophonique, orthoptique, psychomoteur, psychologique, etc...) et des prises en charge
- Les photocopies des derniers relevés d'évaluation scolaire