



CMPP CAMSP SESSAD MDA

Date de réception de la demande :

Centre Médico-PschoPédagogique
CMPP

Demande de Consultations
(Fiche confidentielle)

→ **Seules les demandes accompagnées de la copie de l'attestation carte vitale datant de moins d'un an avec le nom de l'enfant ainsi que la carte mutuelle pourront être traitées.**

Nom de l'enfant : Prénom : Sexe : F / M

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Adresse principale de l'enfant :

Ecole fréquentée actuellement : Classe :

Courriers à adresser à : Parents Père Mère Autre

Garde alternée : Oui Non

Etes-vous : Marié (e) Pacsé (e) Divorcé (e) Vie Maritale Célibataire Veuf (ve) Séparé (e)

Père	Mère
Nom - Prénom :	Nom - Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code postal : / /	Code postal : / /
Ville :	Ville :
N° téléphone fixe :	N° téléphone fixe :
N° de portable :	N° de portable :
E-mail :	E-mail :
Date de naissance : / /	Date de naissance : / /
Profession :	Profession :
Catégorie socio professionnelle : <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Profession libérale	Catégorie socio professionnelle : <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Profession libérale

Autre représentant légal :

Lien avec l'enfant :

Nom - prénom :

Adresse :

Code postal : / / Ville :

N° de téléphone : N° de portable :

E-mail :

Noms, prénoms, date de naissance des frères et sœurs :

.....

Certains de vos enfants consultent-ils déjà au CMPP ? Si oui, le(s)que(s) ?.....

.....

La demande de consultation pour votre enfant a été conseillée par :

<input type="checkbox"/> Ecole, RASED	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Santé scolaire	<input type="checkbox"/> PMI dont dépistage
<input type="checkbox"/> Services Sociaux	<input type="checkbox"/> CAMSP	<input type="checkbox"/> Relation de la famille	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Hôpitaux	<input type="checkbox"/> Personnel du Fil d'Ariane	<input type="checkbox"/> MDPH	<input type="checkbox"/> Initiative du jeune
<input type="checkbox"/> Autres :			

Pour quelle(s) difficulté(s) :

<input type="checkbox"/> Difficultés scolaires	<input type="checkbox"/> Comportement difficile
<input type="checkbox"/> Troubles du langage	<input type="checkbox"/> Troubles psychomoteurs
<input type="checkbox"/> Troubles auditifs	<input type="checkbox"/> Troubles spécifiques
<input type="checkbox"/> Orientation	<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil, énurésie
<input type="checkbox"/> Troubles de l'alimentation	<input type="checkbox"/> Retard de développement

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'une aide ou d'un soutien ?

Non Oui

Si oui, ou ? CAMSP CMPP RASED (école) CMP Hôpital Libéral

Type de suivi :

Lieu de suivi :

Date de suivi :

Suivi terminé : Non Oui

Votre enfant bénéficie-t-il d'une mutuelle :

Non Oui

Si oui, laquelle :

Je souhaiterais que les consultations aient lieu de préférence à :

<input type="checkbox"/> Nevers	<input type="checkbox"/> Château-Chinon	<input type="checkbox"/> Corbigny	<input type="checkbox"/> Cosne-sur-Loire	<input type="checkbox"/> Decize
---------------------------------	---	-----------------------------------	--	---------------------------------

A la réception de votre demande, accompagnée **impérativement** de la **photocopie de l'ATTESTATION de la CARTE VITALE** ou **CMU ayant MOINS d'UN AN** et de la **carte mutuelle**, vous serez convoqués à un rendez-vous d'accueil dans les meilleurs délais.

Vous pouvez être contacté par téléphone, sms, courrier, ou mail.

Fait à, Le

Signature

Le Fil d'Ariane
6-8 Rue des Docks 58000 NEVERS
tél : 03.86.71.98.50 Fax : 03.86.57.95.37
mail : lefildariane-nevers@orange.fr