

Nom, prénom, date de naissance des frères et sœurs :.....
.....
.....
Certains de vos enfants ont-ils déjà été suivis au CAMSP ? Non Oui

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

<input type="checkbox"/> Famille, Parents, entourage...	<input type="checkbox"/> Education Nationale (Ecole, RASED)
<input type="checkbox"/> Services Sociaux (ASE, UTAMS...)	<input type="checkbox"/> Dispositifs Petites Enfances (crèche, MultiAccueil...)
<input type="checkbox"/> Hôpitaux hors maternité	<input type="checkbox"/> Maternité, services de Néonatalogie
<input type="checkbox"/> Autre CAMSP	<input type="checkbox"/> PMI (préciser) :
<input type="checkbox"/> Médecin, orthophoniste, psychologue ou psychomotricien libéraux :(préciser)	
<input type="checkbox"/> PCO (Plateforme de Coordination et d'Orientation)	
<input type="checkbox"/> Autres : (préciser)	

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"/> Retard de développement
<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil, énurésie	<input type="checkbox"/> Troubles de l'alimentation	<input type="checkbox"/> Troubles spécifiques
<input type="checkbox"/> Autres :		

.....
.....

Motifs de la demande de consultation au CAMSP :

.....
.....

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

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

Dans le cadre de la continuité des soins, merci de nous fournir une copie des différents comptes

LIEUX DE CONSULTATIONS :

- Enfants de 0 à 3 ans, les consultations, bilans et prises en charge exclusivement sur Nevers.

- Enfants de 3 à 6 ans, possibilité de réaliser certains bilans et prises en charge sur une autre commune

Je souhaiterais que les consultations aient lieu de préférence à :

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

Le domicile principal de l'enfant est situé à plus de 30 minutes / moins de 30 minutes du lieu de consultation

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

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

Fait à, Le

Signature des détenteurs de l'autorité parentale:

Le Fil d'Ariane
8 Rue des Docks 58000 NEVERS
tél : 03.86.71.98.50 Fax : 03.86.57.95.37
mail : contact@lefieldariane-nievre.fr