



CMPP CAMSP SESSAD MDA

Date de réception de la demande :

Date de saisie de la demande :

Numéro de dossier :

## Centre Médico-Psych-Pédagogique

### Demande de consultation – Fiche confidentielle

Joindre la photocopie de l'ATTESTATION DE DROITS À L'ASSURANCE MALADIE (de moins de 1 an) où figure le nom de l'enfant qui consulte au CMPP

 Ne pas envoyer la photocopie de la Carte Vitale, de l'attestation tiers-payant, de l'attestation CMU-C ou de l'attestation de mutuelle 

#### Enfant

Nom : Prénom : Sexe :  M  F  
Date de naissance : Lieu de naissance :  
Adresse principale :  
Code postal : Ville :  
Établissement scolaire fréquenté : Classe :  
Médecin traitant :  
Courrier à adresser à :  Parents  Père\*  Mère\*  Autre (à préciser) :  
**\*Avez-vous prévenu l'autre parent des démarches entreprises au CMPP ?**  Oui  Non  
Mode de garde ou de placement :  Aucun  Garde alternée  Famille d'accueil  Foyer

Père  Mère

Nom-Prénom :  
Adresse :  
Code Postal : Ville :  
Téléphone fixe :  
Téléphone portable :  
E-mail :  
Date de naissance :  
Profession :  
Catégorie socio-professionnelle :  Ouvrier  Employé  
 Cadre  Artisan  Profession libérale

Père  Mère

Nom-Prénom :  
Adresse :  
Code Postal : Ville :  
Téléphone fixe :  
Téléphone portable :  
E-mail :  
Date de naissance :  
Profession :  
Catégorie socio-professionnelle :  Ouvrier  Employé  
 Cadre  Artisan  Profession libérale

Situation familiale :  Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Vie maritale  Célibataire  Veuf(ve)  Séparé(e)

#### Autre représentant légal ou partenaire extérieur

Nom-Prénom :  
Lien de parenté : Fonction :  
Adresse :  
Code postal : Ville :  
Téléphone fixe : Téléphone portable :  
E-mail :

### Fratrie

Indiquer nom(s), prénom(s), date(s) de naissance des frères et sœurs :

Certains des enfants consultent-ils ou ont-ils consulté au Fil d'Ariane (CMPP, CAMSP, SESSAD ou MDA) ?  Oui  Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

#### La demande de consultation a été principalement conseillée par :

- Parents, famille, amis...  École  RASED  Assistante sociale scolaire  Psychologue scolaire  
 Infirmière scolaire  Médecin scolaire  Crèches, haltes garderies...  
 PMI  Psychiatrie hospitalière, CMP...  Psychiatrie libérale  
 Médecine hospitalière hors psychiatrie  Médecine libérale et paramédicaux libéraux  
 Autre CMPP  CAMSP  Autre ESMS (IME, ITEP, SESSAD...)  
 Services sociaux (ASE, SAMS...)  Juge ou services judiciaires  MDPH et enseignant référent  
 Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO)  Autre (à préciser) :

#### Motif principal de consultation :

- Difficultés scolaires (à préciser) :
- Difficultés comportementales  Troubles du langage  Troubles psychomoteurs  
 Troubles du sommeil  Énurésie  Troubles de l'alimentation  
 Retard de développement  Autre (à préciser) :

#### L'enfant bénéficie-t-il ou a-t-il bénéficié d'une aide ?



- Si oui, où ?  CAMSP  CMPP  MDA  RASED  Oui  Non  
 CMP  Hôpital  Libéral  
 Autre structure (à préciser) :

Type de suivi (à préciser) :

Lieu de suivi (à préciser) :

Date de suivi (à préciser) :

Suivi terminé :  Oui  Non

 Dans le cadre de la continuité des soins, vous pouvez nous fournir la copie des différents comptes rendus d'examen en votre possession 

Si vous ne les avez pas en votre possession, vous pouvez nous les fournir ultérieurement

#### Je souhaite que les consultations aient lieu de préférence à :

- Nevers  Château-Chinon  Clamecy  Corbigny  Cosne  Decize  
 Le domicile principal de l'enfant est situé à 30 minutes maximum de ce lieu de consultation  
 Le domicile principal de l'enfant est situé à plus de 30 minutes maximum de ce lieu de consultation

**Autorisez-vous les professionnels du CMPP à avoir des contacts avec des partenaires extérieurs à la structure (ex. : école, médecins, travailleurs sociaux ...) ?**  Oui  Non

Vous pouvez être contacté(e)s par téléphone, sms, courrier ou mail.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature(s)