



CMPP CAMSP SESSAD MDA

Centre d'Action - Médico - Sociale Précoce

C.A.M.S.P.

Demande de Consultation - Enfants de 0 à 6 ans

(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 pourront être traitées.

Nom de l'enfant : Prénom : Sexe : F M
 Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse principale de l'enfant :

Votre enfant est-il scolarisé ? : oui non

Si oui, quelle école fréquente-il ? Classe :

Est-il scolarisé : à temps plein moins de 12h/semaine plus ou égal à 12h/semaine

Mode de garde de votre enfant :

Crèche, Multi accueil et autre accueil collectif
 Membre de la famille ou entourage (hors parents)

Assistante maternelle ou garde à domicile rémunérée
 Aucun mode de garde hormis les parents

Père	Mère
Nom-Prénom : <input type="text"/>	Nom-Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Code postal : <input type="text"/>	Code postal : <input type="text"/>
Ville : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
N° téléphone fixe : <input type="text"/>	N° téléphone fixe : <input type="text"/>
N° de portable : <input type="text"/>	N° de portable : <input type="text"/>
E-mail : <input type="text"/>	E-mail : <input type="text"/>
Date de naissance : <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/>
Profession : <input type="text"/>	Profession : <input type="text"/>
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
Situation Familiale <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Séparé	Situation Familiale <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Séparé

Si l'enfant est confié à une tierce personne :

Lien avec l'enfant :
 Nom - prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 N° de téléphone : N° de portable :

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="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Médecin, orthophoniste, psychologue ou psychomotricien libéraux (préciser) : <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> PCO (Plateforme de Coordination et d'Orientation) | |
| <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : <input type="text"/> | |

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 :

- Nevers Château-Chinon Clamecy Corbigny Cosne-sur-Loire 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