



CMPP CAMSP SESSAD MDA

Date de réception de la demande :	<input type="text"/>
Date de saisie de la demande :	<input type="text"/>
Numéro de dossier :	<input type="text"/>

Centre Médico-Psycho-Pédagogique

Demande de consultation – Fiche confidentielle

DOCUMENTS À JOINDRE OBLIGATOIREMENT À LA DEMANDE, ELLE NE SERA PAS TRAITÉE SI ELLE EST INCOMPLÈTE :

- Photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale à jour sur laquelle figure le nom de l'enfant
- Photocopie de la pièce d'identité de l'enfant (carte d'identité, livret de famille, extrait d'acte de naissance ou passeport)

FACULTATIF : photocopies de tous documents si en votre possession et en lien avec des suivis précédents dans d'autres structures que le CMPP de la Nièvre.

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

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

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

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 relationnels 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 ?

- Oui Non
Si oui, où ? CAMSP CMPP MDA RASED 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

Je souhaite que les consultations aient lieu de préférence à (cocher 1 seule case) :

- 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)