



# 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) et **d'un justificatif d'identité de l'enfant** (livret de famille, carte d'identité, extrait d'acte de naissance ou passeport ) 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, MultiAccueil et autre accueil collectif  Assistante maternelle ou garde à domicile rémunérée  
 Membre de la famille ou entourage (hors parents)  Aucun mode de garde hormis les parents

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
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 :

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

Pour quelle(s) difficulté(s) :

- Difficultés scolaires  Comportement difficile  Troubles du langage  
 Troubles psychomoteurs  Troubles auditifs  Retard de développement  
 Troubles du sommeil, énurésie  Troubles de l'alimentation  Troubles spécifiques  
 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 rendus d'examen en votre possession.**

### 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  plus de 30 min s /  moins de 30 minutes du lieu de

A réception de votre demande, accompagnée **impérativement** de la **photocopie de l'ATTESTATION de la CARTE VITALE** ou **CMU ayant MOINS d'UN AN et d'un JUSTIFICATIF D'IDENTITÉ DE L'ENFANT (livret de famille, carte d'identité, extrait d'acte de naissance ou passeport)**

un rendez-vous d'accueil vous sera proposé dans les meilleurs délais.

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