



CMPP CAMSP SESSAD MDA

Date de réception de la demande :

Version du 28/11/2024

Demande de Consultation

Centre d'Action-Médico-Sociale Précoce - C.A.M.S.P.

Informations : Conformément à la mise en œuvre du « Guichet unique » demandée par l'ARS BFC, le dossier d'inscription au CAMSP est susceptible d'être réorienté sur la Plateforme de Coordination et de Concertation (PCO) si l'enfant présente des suspicions de Troubles du Neurodéveloppement (TND).

Le CAMSP inscrit ses interventions dans le Respect Général sur la Protection des Données (RGPD), consulte et alimente le Dossier Médical Partagé (DMP), conformément au cadre légal.

Nom de l'enfant : Prénom : Sexe : Fille / Garçon

Date de naissance : Naissance à terme : oui / non à

Ville et Département de naissance :

Adresse principale de l'enfant :

Nom du Médecin traitant de l'enfant : Suivi PMI : oui non

Votre enfant est-il scolarisé ? : oui non Classe :

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

Enfant de 3 ans ou plus non scolarisé

Mode de garde de votre enfant :

Crèche, Multi-Accueil et autre accueil collectif Assistante maternelle ou garde à domicile rémunérée

Membre de la famille ou entourage (hors parents) Aucun mode de garde (seulement 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"/>
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 bénéficie d'une mesure de protection :

- Mesure d'assistance éducative (SERMO / PEAD / Conseil Départemental)
- Mesure de placement en foyer ou MECS
- Mesure de placement en famille d'accueil
- Confié à un Tiers Digne de Confiance

Nom de l'assistant familial / du TDC / de l'établissement d'accueil :

Nom du Site d'action médico-sociale et du référent éducatif :

Adresse du lieu de vie de l'enfant :

Code postal : Ville :

N° de téléphone :

E-mail :

Nom, prénom, date de naissance des frères et sœurs :

Votre enfant est inscrit dans le Réseau Périnatal de Bourgogne « Naître et grandir » : oui non

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"/> Difficultés de comportement | <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 | <input type="checkbox"/> Troubles de l'alimentation | <input type="checkbox"/> Prématurité |
| <input type="checkbox"/> Enurésie, encopésie | <input type="checkbox"/> Suspicion d'un trouble du neurodéveloppement (TND)
(trouble du spectre de l'autisme (TSA) / trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) / Déficience intellectuelle (DI) etc...) | |

Eléments complémentaires à apporter :

LIEUX DE CONSULTATIONS :

- les rendez-vous d'Accueil, (1er rdv) ont lieu prioritairement sur Nevers
- les bilans spécifiques de l'EDAP (Equipe Diagnostique des Troubles de l'Autisme) ont lieu sur Nevers
- Enfants de 0 à 2 ans, les consultations, bilans et prises en charge exclusivement sur Nevers.
- Enfants de 2 à 6 ans, possibilité de réaliser certains bilans et prises en charge sur une antenne CAMSP

Le domicile principal de l'enfant est le plus proche de l'antenne CAMSP de :

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

Le domicile principal de l'enfant est à plus de 30 minutes / moins de 30 minutes de l'antenne CAMSP

Afin de donner suite à votre demande de consultation ci-jointe complétée, vous devez joindre **impérativement** :

- La **photocopie de l'ATTESTATION de votre CARTE VITALE** ou **CMU ayant MOINS d'UN AN**
- un **JUSTIFICATIF D'IDENTITÉ DE L'ENFANT** (livret de famille, carte d'identité, extrait d'acte de naissance ou passeport)

ATTENTION : Tout dossier incomplet ne pourra pas être traité.

Si votre dossier est complet, vous serez contacté par téléphone, par sms, par courrier ou par mail pour vous proposer un rendez-vous d'accueil dans les meilleurs délais. Lors de ce rendez-vous, pensez à apporter le carnet de santé et tous les différents éléments médicaux de votre enfant, jugement ou tout document utile.

Fait à , Le .

Signature des détenteurs de l'autorité parentale:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------