



Date de réception de la demande :

Date de saisie de la demande :

Numéro de dossier :

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 du responsable légal (carte d'identité ou passeport)
- 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

 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 Psychiatrie hospitalière, CMP...
 Psychiatrie libérale Médecine hospitalière hors psychiatrie MDPH et enseignant référent
 Autre CMPP CAMSP Autre ESMS (IME, ITEP, SESSAD...)
 Services sociaux (ASE, SAMS...) Juge ou services judiciaires

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 de ce lieu de consultation

En cas de nécessité, les professionnels du CMPP peuvent être amenés à avoir des contacts avec des partenaires extérieurs à la structure (ex. : école, médecins, travailleurs sociaux ...).

En cas d'opposition, merci de cocher la case

Les comptes-rendus des examens sont intégrés automatiquement dans le Dossier Médical Partagé de votre enfant.

En cas d'opposition, merci de cocher la case

Fait à

, le

Signature(s)

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par L'Association Le Fil d'Ariane sous la responsabilité du Directeur d'Association pour assurer le parcours de soins et le suivi des personnes accueillies. Pour exercer vos droits (<https://www.cnil.fr/fr/passer-l'action/les-droits-des-personnes-sur-leurs-donnees>). Pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, contacter le délégué à la protection des données du Fil d'Ariane : contact@lefildariane-nievre.fr. Par courrier postal : 8, rue des Docks 58000 NEVERS.