



CMPP CAHSP SESSAD MDA

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.

EnfantNom : 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 ☐ NonMode de garde ou de placement : ☐ Aucun ☐ Garde alternée ☐ Famille d'accueil ☐ Foyer☐ Père ☐ MèreNom-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 ☐ MèreNom-Prénom : Adresse : Code Postal : Ville : Téléphone fixe : Téléphone portable : E-mail : Date de naissance : Profession : Catégorie socio-professionnelle : ☐ Ouvrier ☐ Employé☐ Cadre ☐ Artisan ☐ Profession libéraleSituation 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) ?

--

Motif de consultation

Quels sont les difficultés rencontrées ?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Difficultés scolaires | ☐ Troubles psychomoteurs | ☐ Énurésie |
| ☐ Difficultés comportementales | ☐ Troubles du langage | ☐ Retard de développement |
| ☐ Troubles relationnels | ☐ Troubles du sommeil | ☐ Troubles de l'alimentation |

Précisez :

--

Qui est à l'origine de la demande ?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Parents, famille, amis... | ☐ École, RASED | ☐ Médecin scolaire | ☐ Secteur libéral |
| ☐ Secteur hospitalier | ☐ CAMSP | ☐ Autre CMPP | ☐ MDPH, enseignant référent |
| ☐ Services sociaux (SAMS/ASE) | | ☐ Juge, services judiciaires | |
| ☐ Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) | ☐ Autre ESMS (IME, ITEP, SESSAD...) | | |

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 | ☐ 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.