


Renseignements administratifs

NOM - PRENOM de l'enfant : M ☐ F ☐
 Né(e) le : à (ville)
 Rang dans la fratrie : sur
 Adresse :
 CP/Ville :
 N°  : /
 N° Sécurité sociale :
 Messagerie MSSanté de l'enfant (via Mon Espace Santé) :@patient.mssante.fr

Situation actuelle (*vous avez la possibilité de cocher plusieurs cases*)

☐ Famille ☐ Parents séparés ☐ Famille d'accueil ☐ Foyer ASE (Aide Sociale à l'Enfance)

Parent 1 Nom de Famille : Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐
 Nom de naissance : Prénom : né (e) le :
 Adresse si différente :
 Code Postal : Commune :
 Profession : Employeur :
 Tél domicile : Tél portable : Tél travail :
 @ :

Parent 2 Nom de Famille : Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐
 Nom de naissance : Prénom : né (e) le :
 Adresse si différente :
 Code Postal : Commune :
 Profession : Employeur :
 Tél domicile : Tél portable : Tél travail :
 @ :

Autre responsable légal (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐
 Nom de naissance : Prénom : né (e) le :
 Adresse :
 Code Postal : Commune :
 Profession : Employeur :
 Tél 1 : Tél 2 :
 @ :

Accompagnement actuel

☐ Libéral :
☐ CAMSP Lequel :
☐ Autre Service Spécialisé
☐ A préciser :

Socialisation

☐ Non scolarisé
☐ Scolarisé en ☐ PS ☐ MS ☐ GS
☐ Établissement Accueil Jeunes Enfants
☐ Assistante maternelle

Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ? Si oui n° de dossier :

Vos observations

Décrivez en quelques lignes les raisons de votre demande au CAMSP

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vos attentes

Quelles sont vos attentes ? Que souhaitez-vous ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





.....

.....

☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise** pas l'équipe pluridisciplinaire du CAMSP à contacter les partenaires et à partager avec eux les informations utiles et nécessaires à la qualité et la continuité de l'accompagnement de l'enfant dont je suis le responsable légal.

Signature des parents ou représentant légal

Pour que la demande soit étudiée, vous devez obligatoirement fournir :

-  L'attestation de droits à l'assurance maladie
-  Les copies du livret de famille (parents et enfants)
-  Un courrier détaillé de votre médecin (médecin traitant, PMI, ...)
-  La fiche de préadmission dûment complétée

Documents à envoyer  contact@depistenfance.fr