


Renseignements administratifs

NOM - PRENOM de l'enfant : M ☐ F ☐
 Né (e) le : à
 Adresse :
 CP/Ville :
 N°  : /
 N° Sécurité sociale :

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

☐ Famille ☐ 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 du responsable légal

Document à envoyer ✉ avdipe.camsp@planet-sante.fr
(Messagerie Sécurisée de Santé)