

Document à remplir par la famille avec l'aide du professionnel associé à la demande

IDENTITÉ

• L'enfant

Nom, prénom(s) :

Date de naissance :

Résidence de l'enfant :

Sexe : F M



Merci de coller la photo de votre enfant

• La famille

Responsables légaux – détenteurs de l'autorité parentale

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Courriel :

Tel :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Courriel :

Tel :

Statut : Vie commune Mariés Pacsés Séparés Célibataire Veuf-ve

• La fratrie

Nom (si différent), prénom(s)	Date de naissance	Information complémentaire (diagnostics...)
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Origine de la demande de consultation au CRA

Médicale Familiale Autre :

Motif de la demande :

.....
.....

Attentes vis-à-vis de la demande au CRA

Bilan diagnostique Bilan d'évolution Informations Autre :



RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Diagnostic(s)

- Un ou des diagnostic(s) ont-ils déjà été confirmés par un médecin ?
Si oui, merci de préciser le(s)quel(s) , par qui, quand :

.....

.....

.....

Merci de joindre les comptes rendus

• Examens réalisés (cocher)

Date

Résultats

	<input type="checkbox"/> Audition		
	<input type="checkbox"/> Vision		
	<input type="checkbox"/> Imagerie cérébrale (IRM, radio, scanner)		
	<input type="checkbox"/> Explorations neuro-fonctionnelles (EEG...)		
	<input type="checkbox"/> Bilan orthophonique		
	<input type="checkbox"/> Bilan psychologique		
	<input type="checkbox"/> Bilan psychomoteur		
	<input type="checkbox"/> Autre(s) problème(s) de santé particulier(s)		

• Médecin(s) actuel(s)

Nom

Adresse

Téléphone + email

Généraliste ou pédiatre			
Pédopsychiatre/ psychiatre			
Autre (précisez)			



QUOTIDIEN

• Situation administrative et sociale

Cocher les aides dont vous bénéficiez	Depuis quand ?	Jusqu'à quand ?
<input type="checkbox"/> ALD
<input type="checkbox"/> MDPH, précisez les notifications :

• La vie quotidienne

Vos observations

Communication sociale - comment votre enfant communique -t-il ? (mots, gestes, cris, jargon...) - comment se comporte -t-il avec les autres ?	
Habitudes et rituels - A-t-il des comportements habitudes difficiles à changer ? - Quelles sont ses réactions face au changement ?	
Particularités sensorielles - Avez-vous remarqué des sensibilités particulières ? (bruit, lumière, toucher...)	
Activités - Quels sont ses intérêts ?	
Autonomie - Qu'en est-il de la propreté diurne / nocturne, l'habillement, l'hygiène, l'alimentation, le sommeil ? -A-t-il besoin de surveillance ?	
Autres difficultés éventuelles	

Date :

Signature des responsables légaux :