



**CENTRE DE RESSOURCES AUTISME ET TROUBLES
DU DÉVELOPPEMENT - Site central de BORDEAUX -**
Centre Hospitalier Charles PERRENS
121, Rue de la BECHADE - CS 81285 -
33076 BORDEAUX Cedex
Accès : 146 bis rue Léo SAIGNAT - 33000 BORDEAUX
Tel 05.56.56.67.16



INSCRIPTION GROUPE DE PSYCHOEDUCATION ADOLESCENTS

Parents ou aidants :

NOMS et Prénoms :

Adresse (n° rue, lieu-dit) :

Code postal :

Ville :

Numéros de téléphone (obligatoire) :

Email :

Lien avec le proche :

Adolescent :

NOM et Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Age :

Scolarité (classe, école, aménagements) :

.....

Intitulé du diagnostic posé :

Année du diagnostic :

Par quel médecin ?

Autres diagnostics ? :

Modalités d'accompagnement actuel de l'adolescent et coordonnées des professionnels (structure d'accueil, interventions à domicile, scolarité, pédopsychiatre, psychologue...) :

Prise en charge en structure (ex : SESSAD, Hôpital de Jour, CMPEA)	Oui ☐ <i>Précisez :.....</i>	Non ☐
Prise(s) en charge en libéral	Oui ☐ <i>Précisez les professionnels et les coordonnées :</i>	Non ☐
Pédopsychiatre / médecin	Oui ☐ <i>Précisez les coordonnées :</i>	Non ☐
Psychologue	Oui ☐ <i>Précisez les coordonnées :</i>	Non ☐

Date de la demande :

Signatures des parents et de l'adolescent