

# DEMANDE DE CONSULTATION AU CRA

## Fiche de renseignements

Enfant de  
0-16 ans



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 : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Courriel : .....

Courriel : .....

Tel : .....

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)			



# PARCOURS DE VIE

**J'autorise le CRA à prendre contact avec les professionnels concernés par la prise en charge de l'enfant et l'école :** Oui Non

*N'oubliez pas  
de répondre .  
Merci*

- **Parcours scolaire et autres lieux d'accueil (crèche, assistante maternelle...)**

De ..... à .....

## Coordonnées/ établissement

## Information(s) sur l'accueil

- Parcours de prises en charge (pec) passées et actuelles

## Profession, nom et coordonnées / établissement

## Nature de la peccance

## Fréquence



## QUOTIDIEN

### • Situation administrative et sociale

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

### • La vie quotidienne

#### Vos observations

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

Date :

Signature des responsables légaux :