

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 :

Profession :

Profession :

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 :

>> Joindre un courrier détaillé du professionnel associé à la demande, justifiant la consultation.

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 posés ou évoqués pour votre enfant ? Oui Non
- Si oui, 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...)

Deà	Coordonnées/ établissement	Information(s) sur l'accueil
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Deà	Profession, nom et coordonnées / établissement	Nature de la pec (individuelle,	Fréquence
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



• Situation administrative et sociale

Cocher les aides dont vous bénéficiez	Depuis quand ?	Jusqu'à quand ?
<input type="checkbox"/> ALD
<input type="checkbox"/> AEEH : Entourez le complément 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6
<input type="checkbox"/> PCH
<input type="checkbox"/> AJPP

• 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 (obligatoire) :