



DOSSIER D'INSCRIPTION AU CAMSP

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Document à remplir par la famille

IDENTITE ET COORDONNEES

• L'ENFANT :

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

• LES REPRESENTANTS LEGAUX :

PARENT 1

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Coordonnées téléphoniques :

E-mail :

PARENT 2

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Coordonnées téléphoniques :

E-mail :

• LA FRATRIE

NOM, PRENOM

DATE DE NAISSANCE

ORIGINE DE LA DEMANDE DE CONSULTATION AU CAMSP

Médecin Entourage Familial Autre (si autre, précisez) : -----

CAISSE D’AFFILIATION SECURITE SOCIALE :

NUMERO SECURITE SOCIAL (du parent auquel l’enfant est rattaché) :

IDENTITE ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT et/ou du PEDIATRE :

ADRESSE DE L’ECOLE (si enfant scolarisé) :

MODE DE GARDE ET COORDONNEES :

MOTIFS DE LA DEMANDE D’INSCRIPTION :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

DIAGNOSTICS

- 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 ?

EXAMENS REALISES

Examens	Date	Résultats
<input type="checkbox"/> Audition		
<input type="checkbox"/> Vision		
<input type="checkbox"/> Imagerie cérébrale		
<input type="checkbox"/> Bilan orthophonique		
<input type="checkbox"/> Bilan psychologique		
<input type="checkbox"/> Bilan psychomoteur		
<input type="checkbox"/> Autres		

**Pensez à joindre
les comptes
rendus.**

PIECES A FOURNIR :

- Photocopie pièces d'identité des responsables légaux ;
- Photocopie du livret de famille ;
- Dossier médical de l'enfant (compte-rendu d'examens, résultats d'analyses, ...) sous pli fermé à l'intention du Médecin Directeur Technique, responsable des soins, du CAMSP.

Merci de renvoyer ce dossier et les pièces demandées à l'antenne du CAMSP, proche de votre domicile :

- ❖ **Impasse Desmartis 24100 BERGERAC**
- ❖ **Rue du 26^{ème} RI – Cité administrative – bât. B – 2^{ème} étage – 24000 PERIGUEUX**
- ❖ **Maison du Département – 23, rue Jean Leclair, Les Jardins de Madame, BP 91 – 24203 SABLAT**

DIRECTION GENERALE ADJOINTE DE LA
SOLIDARITE ET DE LA PREVENTION
(DGA-SP)

Pôle PMI – PROMOTION DE LA SANTE
Centre d’Action Médico-Sociale Précoce
Antenne Périgueux
FINESS : 240006254

Autorisations de bilan et de leur communication :

Nous soussigné(s),

NOM, prénom.....

et NOM, prénom.....

détenteurs de l’autorité parentale en tant que

Parents

Autres

autorisent / n’autorisent pas les professionnels du CAMSP à réaliser les bilans

pour l’enfant né(e) le/...../.....

Nous autorisons / n’autorisons pas la transmission de l’ensemble des bilans :

oui / non : Au médecin généraliste de l’enfant, docteur.....

oui / non : Au pédiatre de l’enfant, docteur.....

oui / non : Au médecin de PMI, docteur.....

oui / non : Au médecin de la MDPH.

oui / non : A (autres)

Fait à, le/...../.....

Signatures : **Parent 1**

Parent 2

Autre