



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 :

(Pour les enfants confiés à l'ASE: nom, adresse et coordonnées téléphoniques de l'assistante familiale)

• 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 :**

- ❖ **Maison du Département, 16 boulevard Maine de Biran, 2ème étage, 24100 BERGERAC**
- ❖ **Rue du 26<sup>ème</sup> RI – Cité administrative – bât. B – 2<sup>ème</sup> 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 Bergerac  
FINESS : 240006262  
-----

**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**