

DOSSIER D'INSCRIPTION

PARTIE ADMINISTRATIVE

DONNEES CONCERNANT L'ENFANT ET SA FAMILLE

ENFANT CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : / /

Numéro de sécurité social : _____

Diagnostic : _____

PERE

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : / /

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Email : _____

Adresse : _____

Profession : _____

MERE

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : / /

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Email : _____

Adresse : _____

Profession : _____

FRATRIE (FRERES/SCEURS)

1

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : / /

2

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : / /

... Suite

3

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : / /

4

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : / /

NOTIFICATION DE DROITS (MDPH – CG)

Numéro de dossier MDPH : _____

Date de la dernière demande auprès de la MDPH : / /

Droits notifié jusque : / /

Taux d'invalidité :

- 50%
- De 50% à 79%
- + de 80%

Aides financières perçues :

- AEEH
- PCH

Avez-vous diminué ou cessé votre activité depuis le diagnostic de votre enfant ?

- OUI
- NON

PARTIE MEDICALE

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

PROFESSIONNELS DE SANTE

DIAGNOSTIC FAIT PAR :

Nom :

Prénom :

Hôpital :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Email :

@

Adresse :

Date du dernier bilan : / /

(Joindre une copie au dossier)

Merci de nous faire parvenir tous les comptes rendus en votre possession

MEDECIN GENERALISTE

M.

Mme

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Email :

PEDIATRE

M.

Mme

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Email :

Date du dernier bilan : / /

(Joindre une copie au dossier)

GENETICIEN

M. Mme

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Email : _____

Date du dernier bilan : / /

(Joindre une copie au dossier)

NEURO-PEDIATRE

M. Mme

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Email : _____

Date du dernier bilan : / /

(Joindre une copie au dossier)

PEDO-PSYCHIATRE

M. Mme

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Email : _____

Date du dernier bilan : / /

(Joindre une copie au dossier)

ORTHOPHONISTE

M. Mme

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Email : _____

Date du dernier bilan : / /

(Joindre une copie au dossier)

PSYCHOLOGUE

M. Mme

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Email : _____

Date du dernier bilan : / /
(Joindre une copie au dossier)

PSYCHOMOTRICIEN

M. Mme

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Email : _____

Date du dernier bilan : / /
(Joindre une copie au dossier)

PHOBIES

Décrivez le plus précisément possible

ALLERGIES

Décrivez le plus précisément possible

TRAITEMENTS EN COURS

Décrivez le plus précisément possible

PARTIE SCOLARISATION

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

SCOLARISATION

Si votre enfant est scolarisé ou doit l'être à la prochaine rentrée

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Classe : _____

Nom de l'enseignant : _____

Téléphone Fixe : _____

Téléphone Portable : _____

Email : _____ @ _____

Date de la dernière équipe éducative : / /

Joindre une copie au dossier

EMPLOI DU TEMPS SCOLAIRE

Horaires	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI

EMPLOI DU TEMPS DETAILLE

Incluant la période scolaire

Horaires	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE

LES TYPES D'ACCOMPAGNEMENT

Accompagnements	Fréquence	Jour	Heure	Lieu	Type de transport
Psychomotricité					
Orthophonie					
Psychologue					
Sessad					
Loisirs					
Autres précisez					

EXTRA-SCOLAIRE

Détailler les activités réalisées à l'extérieure (loisirs, sport) en précisant les jours et heures

1

Activité : _____

Lieux : _____

Jours : _____

Horaires : _____

2

Activité : _____

Lieux : _____

Jours : _____

Horaires : _____

3

Activité : _____

Lieux : _____

Jours : _____

Horaires : _____

4

Activité : _____

Lieux : _____

Jours : _____

Horaires : _____