



FICHE NAVETTE

Protection de l'enfance => CAMSP

À remplir par les professionnels de l'ASE en amont de la première consultation au CAMSP

Rempli le :

Reçu le :

Enfant accompagné :

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Lieu de vie de l'enfant :

☐ Domicile familial/parental ☐ Assistant familial

☐ Structure de protection de l'enfance

☐ Autre :

Service de protection de l'enfance

Nom du service :

Nom du médecin référent :

Tél

Adresse :

Mail :

Référent de l'enfant

Nom et prénom

Tél

Mail

Assistant familial / Tiers digne de confiance

Nom du service :

Nom du médecin référent :

Tél

Adresse :

Mail :

Etablissement/ service accompagnant le cas échéant

Nom

Adresse

Nom prénom du référent

Tel

Mail



HISTOIRE ET LE PARCOURS DE L'ENFANT EN PROTECTION DE L'ENFANCE

Type de mesure mise en place et cadre juridique

Mesure ASE :

☐ Administrative

☐ Judiciaire

Date du début de la mesure :

3

Parcours de l'enfant en protection de l'enfance

Mesure de protection antérieures le cas échéant

.....

.....

.....

.....

Changement de lieu d'accueil et les motifs de ces changements le cas échéant

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Contexte ayant conduit à la mesure actuelle

.....

.....

.....

.....

Déroulement de la mesure en cours

.....

.....

.....

.....



Possibilité d'impliquer les représentants légaux dans le cadre de la prise en charge de l'enfant au CAMSP (en tenant compte des restrictions judiciaires éventuelles)

(Exemples : participation à la prise de rendez-vous, accompagnement de l'enfant à des consultations etc...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4

HISTOIRE INFORMATION SUR LE PARCOURS DE SANTE DE L'ENFANT

Médecin traitant, pédiatre, médecin PMI suivant l'enfant

Nom prénom

Tél :

Mail :

Adresse :

Nom prénom

Tel

Mail

Adresse

Coordonnées des professionnels libéraux qui interviennent dans la santé de l'enfant

Nom prénom

Tél :

Mail :

Adresse :

Nom prénom

Tel

Mail

Adresse

Droits MDPH ouverts : ☐ oui ☐ non

Si OUI joindre les notifications MPDH

Numéro de dossier MDPH



INFORMATIONS SUR LA SOCIALISATION DE L'ENFANT

☐ Enfant scolarisé en milieu ordinaire

Nom de l'école

Classe

AESH ☐ oui ☐ non

☐ Enfant scolarisé à domicile

☐ Enfant socialisé en crèche

Nom et lieu

☐ Enfant non socialisé

☐ Assistante maternelle

5

**La demande de consultation sera validée dès réception de
cette fiche dûment remplie**

CHECK-LIST des documents annexés

- ☐ Photo d'identité
- ☐ Attestation sécurité sociale
- ☐ Copie de l'acte de naissance ou pièce d'identité de l'enfant
- ☐ Copie de la carte d'identité d'un des deux parents
- ☐ Carnet de santé (copie des 2 pages données de naissance)
- ☐ Copie des notifications MDPH
- ☐ Copie du dernier jugement
- ☐ Autres : préciser



AUTORISATIONS PARENTALES

Madame, Monsieur,

Nous sollicitons votre accord dans le cadre :

- Des consultations médicales (CAMSP et autres spécialistes)

☐ OUI ☐ NON

- D'un suivi CAMSP

☐ OUI ☐ NON

Si oui autorisez-vous le CAMSP à établir des contacts avec le médecin traitant, spécialistes établissement scolaire, halte-garderie/crèche, intervenants libéraux ou les représentants d'autres services tels que PMI, ASE, MDPH, etc... dans l'intérêt de l'enfant et dans le respect du secret professionnel

☐ OUI ☐ NON

- D'examens médicaux complémentaires (prise de sang, IRM, scanner, électroencéphalogramme, génétique, anesthésie générale...)

☐ OUI ☐ NON

☐ OUI sauf (à préciser) :

- Des besoins et orientation en ce qui concerne sa scolarité :

☐ OUI ☐ NON

- A enregistrer toutes les données administratives et médicales concernant la famille et l'enfant dans le dossier informatisé du CAMSP :

☐ OUI ☐ NON

Fait le :

A

Signature des parents