

Demande de prise en soin CAMSP CH Carcassonne

ATTENTION : POUR LES ENFANTS PLACES MERCI DE TELECHARGER LA FICHE ASE

FICHE CONTACT

Ce document est à télécharger et à compléter.

Vous pouvez nous le déposer au secrétariat du CAMSP

- 52 bis avenue Achille MIR ou 49 avenue Henri GOUT Carcassonne

Ou le renvoyer à l'adresse mail du secrétariat camsp@ch-carcassonne.fr

Dossier rempli par (nom/prénom) :

☐ **Secrétariat CAMSP**

Nom :	Prénom :	Sexe :
Date et lieu de naissance :		
Adresse :		
Qui vous a adressé vers le CAMSP?		

Motif de la demande :



Situation des parents

COORDONNEES	Parent 1	Parent 2
AUTORITE PARENTALE <i>Joindre les justificatifs</i>	☐ Conjointe ☐ Seul	☐ Conjointe 2
Nom et prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Téléphone		
Mail		
Profession		
N° Sécurité Sociale		
Coordonnées du deuxième responsable de l'autorité parentale non connues par le parent demandeur, merci de signer la déclaration dans l'onglet autorisations en fin de document.		
SITUATION FAMILIALE ☐ Mariés /vivant ensemble ☐ Parents séparés : mode de garde, précisez ☐ Autres, précisez		
Accord des responsables légaux pour la consultation	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Compréhension du français?*	☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement	☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement
Reconnaissance d'une situation de handicap de l'un ou des deux parents?*	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

* Informations facultatives pour mieux vous accompagner (visites à domicile, recours à un interprète, ...)



Situation de l'enfant

MODE DE GARDE

Crèche/Halte-Garderie

☐ OUI ☐ NON

Nom et adresse de la crèche :

Assistante maternelle

☐ OUI ☐ NON

Famille élargie (grands-parents...)

☐ OUI ☐ NON

Autres, préciser :

SCOLARISATION

Scolarisé

☐ OUI ☐ NON

Classe :

Nom de l'enseignant :

Nombre
heures/semaine :

Nom et adresse de l'école :

Joindre une observation de l'enseignant si possible

Observation ou bilan du psychologue scolaire

☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre l'observation et/ou le bilan du psychologue scolaire

PRESTATIONS

Avez-vous déjà constitué un dossier MDPH* pour votre enfant ?

☐ OUI ☐ NON

**Maison Départementale des Personnes Handicapées*

Si oui, pour quelles demandes ?

☐ AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)

☐ AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap)

☐ Etablissement médico-social (accueil de jour, UEMA, SESSAD, IME DITEP...)

☐ Autres, préciser :

☐ **Avez-vous un dossier PCO**



Fratrie

Nom	Prénom	Date de naissance	Classe

Un enfant de la fratrie a-t-il rencontré des difficultés de développement ?

☐ OUI

☐ NON

Commentaire :

Correspondants :

Spécialité		Nom du professionnel	Date ou année	Bilan Compte-rendu	
Paramédicale	Kinésithérapeute			☐ OUI	☐ NON
	Ergothérapeute			☐ OUI	☐ NON
	Neuropsychologue			☐ OUI	☐ NON
	Orthophoniste			☐ OUI	☐ NON
	Orthoptiste			☐ OUI	☐ NON
	Psychologue			☐ OUI	☐ NON
	Psychomotricien			☐ OUI	☐ NON
En attente de bilan ou suivi pour :					



Médecins correspondants :

Spécialité		Nom du professionnel	Date ou année	Bilan Compte-rendu
Médicale	Généticien			☐ Oui ☐ Non
	Neuropédiatre			☐ Oui ☐ Non
	Ophtalmologiste			☐ Oui ☐ Non
	ORL			☐ Oui ☐ Non
	Pédiatre			☐ Oui ☐ Non
	Pédopsychiatre			☐ Oui ☐ Non

Autres :

Accompagnement social

Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.) ☐ OUI ☐ NON

Coordonnées

.....
.....
.....

Service social ou éducatif (assistant de service social, éducateur spécialisé, TISF...) ☐ OUI ☐ NON

Coordonnées

.....
.....



Médecin Traitant de l'enfant

Nom Prénom :

Adresse et téléphone

Parcours de soins

Avez-vous eu un rendez-vous ou des démarches sont-elles en cours auprès d'un autre service (CMP, CMPP, PCO ?)

.....

Des diagnostics médicaux ont-ils déjà été évoqués pour votre enfant ? si oui lesquels ?

.....

Des antécédents médicaux sont-ils présents dans la famille (difficultés scolaires, trouble du spectre de l'autisme, retard du langage, hyperactivité ?)

.....

.....

.....

La grossesse s'est-elle bien déroulée ? ☐ Oui ☐ Non

Difficultés rencontrées :

L'accouchement s'est-il bien déroulé ☐ Oui ☐ Non

Difficultés rencontrées :

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ☐ Oui ☐ Non

Difficultés rencontrées :

Votre enfant présente t-il une pathologie médicale ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui laquelle:



Etape du développement et Vie quotidienne

- Age d'acquisition de la marche :
- Age d'apparition des premiers mots :
- Age d'acquisition de la propreté :
- Age des premières difficultés rencontrées :

- **Le sommeil**

(Préciser si difficultés)

- **L'alimentation**

(Préciser si difficultés)

- **Loisirs et/centre d'intérêts**

- **Sociabilité**

- **Anxiété/stress**

(Préciser si difficultés)

- **Comportements problématiques et/ou difficultés scolaires :**

.....
.....

Quelles sont vos principales préoccupations concernant votre enfant?

.....
.....
.....
.....
.....
.....



LISTE DES PIECES A FOURNIR

- ☐ Copie de l'attestation de sécurité sociale de l'enfant, en cours de validité
- ☐ Copie du livret de famille ou acte de naissance
- ☐ Carte d'identité d'un des deux parents
- ☐ Photo de l'enfant (facultatif)
- ☐ Comptes rendus des bilans et consultations
- ☐ Photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale en cas de séparation des parents

Le carnet de santé et la carte vitale sera à apporter à chaque rendez-vous médical.



Ces éléments sont indispensables à l'étude de votre dossier.



AUTORISATIONS

Autorisation d'échanges d'informations

Dans le cadre des missions de prévention, de diagnostic et d'accompagnement précoce de votre enfant, les professionnels du CAMSP peuvent être amenés à échanger entre eux des informations nécessaires à sa prise en charge, dans le respect du secret professionnel.

Ces échanges peuvent également contribuer à l'alimentation du dossier médical partagé (DMP) de l'enfant.

☐ J'autorise ces échanges d'informations et l'alimentation du DMP.

☐ Je n'autorise pas ces échanges d'informations et/ou l'alimentation du DMP.

Signature du/des responsable(s) légal(aux) :

Situation familiale

• Parents exerçant conjointement l'autorité parentale et vivant ensemble

☐ Nous exerçons conjointement l'autorité parentale et résidons à la même adresse.

Signatures des responsables légaux :

1.

2.

• Parents séparés exerçant conjointement l'autorité parentale

Monsieur/Madame, responsable légal demandeur, certifie :

☐ avoir informé l'autre titulaire de l'autorité parentale de la demande d'accompagnement auprès du CAMSP ;

☐ avoir été informé(e) que le CAMSP peut être amené, dans le cadre de ses missions, à contacter l'autre titulaire de l'autorité parentale.

Si les coordonnées de l'autre titulaire de l'autorité parentale ne sont pas connues :

☐ Je déclare ne pas disposer actuellement des coordonnées de l'autre titulaire de l'autorité parentale malgré les démarches entreprises pour les obtenir.



Je m'engage à informer le CAMSP dans les meilleurs délais de toute modification concernant :

- l'exercice de l'autorité parentale
- les coordonnées des responsables légaux
- toute décision judiciaire relative à mon enfant.

Fait à

Le

Dossier rempli par (nom/prénom) :

Nom, Prénom et Signature(s) du ou des parent(s) /représentant légal