

C.A.M.S.P.
71 route du moulin d'Orles
66000 Perpignan
Tél : 04.68.38.20.96

FICHE ADMINISTRATIVE
(à compléter et ramener lors de votre rendez-vous)

Date de la 1^{ère} consultation au C.A.M.S.P. :

| | |
|-------------------------|----------------|
| Nom de l'enfant : | Prénom : |
|-------------------------|----------------|

Date de naissance : Sexe : G ☐ F ☐

Lieu de naissance : Hôpital ☐ – Clinique ☐ à Dpt

Adresse du domicile.....

.....

MERE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Situation familiale :

Adresse (si différente)

.....

Téléphone (s) : /

Profession :

Tél. professionnel : e-mail :

PERE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Situation familiale :

Adresse (si différente)

.....

Téléphone (s) : /

Profession :

Tél. professionnel : e-mail :

Nombre d'enfant(s) dans la famille :

NOM Prénom : - M – F - Date de naissance :/...../.....

NOM Prénom : - M – F - Date de naissance :/...../.....

NOM Prénom : - M – F - Date de naissance :/...../.....

NOM Prénom : - M – F - Date de naissance :/...../.....

Nom de la personne qui a en charge l'enfant et lien de parenté

N° de Sécurité Sociale :

Adresse de la Caisse :

Code Gestion : Centre n°

ALD (100 % par la sécurité sociale) ☐ / A.E.E.H. ☐ / RSA ☐ / CMU ☐ /

N° Allocataire ☐ CAF : ☐ MSA

Nom du Médecin Généraliste :

Adresse :

Tél :

Nom(s), Adresse(s) et Téléphone(s) de(s) Médecin(s) Spécialiste(s) :

Pédiatre :

ORL – Ophtalmo :

Médecin de PMI :

Autres (à préciser).....

Nom(s), adresse(s) et téléphone(s) de(s) Intervenant(s)

Orthophoniste :

Kiné :

Autre(s) (à préciser) :

Qui vous a parlé du CAMSP ? :

Garde ou Scolarisation

☐ Parents – ☐ Grands-Parents – ☐ Ass. maternelle - ☐ Halte-Garderie – ☐ Crèche - ☐ Ecole maternelle

Adresse :

N° de téléphone :

Temps de scolarisation / socialisation (en heures par semaine) : - CLASSE (section) :
Déjeuner : Cantine ☐- Domicile ☐

Nom de l'Instituteur ou du Référent :

Renseignements complémentaires :

.....

.....

.....