

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

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

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 : Marié ☐ - En couple/PACS ☐ Divorcé ☐ Autre ☐

Adresse :

.....

Téléphone :

Profession :

Tél. professionnel :e-mail :

PERE

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale : Marié ☐ - En couple/PACS ☐ Divorcé ☐ Autre ☐

Adresse :

.....

Téléphone :

Profession :

Tél. professionnel

E-mail :

Nombre d'enfant(s) dans la famille :

Prénom et date de naissance : M - F

Prénom et date de naissance : M - F

Prénom et date de naissance : M - F

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

Adresse du domicile :

N° de Sécurité Sociale :

Adresse de la Caisse :

Code Gestion : Centre n°

ALD (100 % par la sécurité sociale) ☐ / AES (Alloc Education Spéciale ☐ /RMI ☐ /CMU ☐ /

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 - ☐ Nourrice - ☐ Halte-Garderie - ☐ Crèche - ☐ Ecole maternelle

Adresse :

N° de téléphone :

Temps de scolarisation (en heures par semaine) : - CLASSE :

Déjeuner : Cantine ☐ - Domicile ☐

Nom de l'Institut ou du Référent :

Renseignements complémentaires :

.....

.....