

C.A.M.S.P.
9 avenue de l'Etang
66240 SAINT-ESTEVE

Tél : 04.68.38.20.90.

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 :

.....

.....