

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<sup>ère</sup> 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 : .....

.....

.....

.....