

Date : _____

Merci de joindre la copie de notification d'orientation de la MDA

ENFANT

NOM - Prénom _____

Date et lieu de naissance _____

Nationalité _____

Adresse actuelle _____

RESPONSABLE(S) LEGAUX

☐ Tuteur ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre : _____

NOM - Prénom _____

Adresse _____

Téléphone Fixe _____ Portable _____

Adresse mail _____

Employeur _____ Téléphone _____

Adresse employeur _____

☐ Tuteur ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre : _____

NOM - Prénom _____

Adresse _____

Téléphone Fixe _____ Portable _____

Adresse mail _____

Employeur _____ Téléphone _____

Adresse employeur _____

☐ Tuteur ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre : _____

NOM - Prénom _____

Adresse _____

Téléphone Fixe _____ Portable _____

Adresse mail _____

A remplir par le Médecin traitant actuel

Date : _____

ENFANT

NOM - Prénom _____

Date de naissance _____

HANDICAP

Cause principale du handicap : _____

Etiologie si connue _____

AIDE ACTUELLE

Accueil - lieu de séjour _____

Traitement médical _____

Prise en charge paramédicale et rééducatives _____

Coordonnées et signature du médecin : _____

A remplir par la famille ou les représentants légaux:

Date : _____

ENFANT

NOM - Prénom _____

Date de naissance _____

ETABLISSEMENT FREQUENTE ET PARCOURS ANTERIEUR

Actuel _____

Auparavant _____

HANDICAP

Origine du handicap _____

Description du handicap _____

PRISE EN CHARGE ACTUELLE

PRISES EN CHARGE ANTERIEURES

CAMPS. SESSAD. CPEA, Ecole, Autres...

CONFIDENTIEL

SOUHAITS DE MODALITES D'ACCUEIL

☐ Accueil en SESSAD

☐ Accueil en établissement IME

☐ Accueil en Externat. A la journée.

☐ Accueil en internat de semaine. Du lundi matin au vendredi après-midi.

☐ Autre accueil en internat

Merci de cocher la ou les cases.