Antenne nord
Espace Mangin - 11 rue Albert Le Brun
29400 LANDIVISIAU
02 98 68 74 00
plateformetnd29@lespepbretagne.org

Antenne sud
2 allée Émile Le Page
29000 QUIMPER
02 98 82 56 40
plateformetnd29sud@lespepbretagne.org

FICHE ADMINISTRATIVE

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐ Genre : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Responsable légal 1

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Tél : .....

Adresse : .....

.....

Mail : .....

Profession : .....

Responsable légal 2

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Tél : .....

Adresse : .....

.....

Mail : .....

Profession : .....

Autre responsable légal ou famille d'accueil (préciser le lien) **:**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Profession : .....

Adresse : ..... Mail : .....

..... Tél : .....

Référent ASE (nom, mail, téléphone) : .....

.....

Situation parentale :

☐En couple ☐Divorcés/Séparés ☐Veuf/veuve ☐Famille monoparentale ☐Famille recomposée

L'un des parents a-t-il été contraint de réduire son activité professionnelle ? OUI ☐ NON ☐

L'enfant a-t-il rencontré un(e) des professionnel(le)s suivant(e), ou un RDV est-il prévu ?

Spécialité		Nom du professionnel	Commune/ Structure	Téléphone	Fréquence / date des RDV
Médecins	Généraliste				
	Pédiatre				
	Neuro-pédiatre				
	Médecin Physique et de Réadaptation				
	Médecin PMI				
	Médecin CAMSP ou CMPP				
	Ophtalmologue				
	ORL				
	Pédopsychiatre				
	Généticien				
Autres intervenants	Kinésithérapeute				
	Psychomotricien				
	Ergothérapeute				
	Orthophoniste				
	Psychologue				
	Neuropsychologue				
Etablissement scolaire/ crèche/ assistante maternelle					
Autre (assistante sociale, TISF, éducateur…)					

Qui sera le médecin référent pour le parcours de l'enfant au sein de la Plateforme TND ? (Interlocuteur principal pour la Plateforme)

	Nom	Structure	Commune
☐ Médecin spécialiste (pédiatre ou autre)			
☐ Médecin généraliste (traitant)			

L'enfant a-t-il déjà été orienté vers une structure ?

	Liste d'attente	Prise en charge	Demande refusée	Lieu	Téléphone/Mail
CMPP	☐	☐	☐		
CMPI	☐	☐	☐		
CAMSP	☐	☐	☐		
Hôpital de jour	☐	☐	☐		

L'enfant bénéficie-t-il de droits ouverts auprès de la MDPH ?

☐ Oui, n° dossier : …… (Merci de fournir la copie de la notification).

☐ Pour une demande scolaire (AESH, matériel…)

☐ Pour une AEEH (Allocation Education Enfant Handicapé)

☐ Pour une demande d'orientation en structure (SESSAD, IME, ….)

☐ Non

☐ En cours d'instruction, date de dépôt du dossier : ……..

☐ Pour une demande scolaire (AESH, matériel…)

☐ Pour une AEEH (Allocation Education Enfant Handicapé)

Pour une demande d'orientation en structure (SESSAD, IME, ….)

L'enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge 100% ALD ? OUI ☐ NON ☐

Document rempli par : ……, **le** ……