

Fiche Renseignement C.M.P.E.A.

Le cas échéant, Nom du Professionnel qui adresse l'enfant au CMPEA

.....

En cas de prise en charge en cours (orthophoniste, psycho, médicale etc ...) : noms et coordonnées des professionnels :

.....
.....
.....

Donnez-vous votre accord pour que l'équipe du CMPEA se mette en contact avec les professionnels prenant en charge votre enfant, dans le respect du secret médical (école, médecin traitant, rééducateur, éducateur etc.) ?

Mère : OUI NON Commentaires :

Père : OUI NON Commentaires :

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de Naissance :/...../..... **Age :** ans

Ecole / Collège **Classe**

Nom et Prénom "du ou des" parents et ADRESSE (où l'enfant vit)

.....
.....
.....

Tél : Mail :

Si parents séparés :

Garde alternée : oui non

Nom et Prénom "du ou des" parents et ADRESSE

.....
.....
.....

Tél : Mail :

Nom et adresse du Médecin Traitant :

.....

N° de Sécurité Sociale (15 chiffres) :

Nom et Prénom de l'Assuré :

N° Caisse Organisme et N° Centre :

.../...

