

Centre Action Médico Sociale Précoce

CHU -ROUEN

1, Rue de Germont

76000 ROUEN

☎ 02.32.88.80.74 Fax : 02.2.88.04.27

secretariat.camsp@chu-rouen.fr

Médecin Référent : Docteur Stéphane RONDEAU

PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____
Né(e) le : _____ Maternité de naissance : _____

Frères et Sœurs:

NOM	Prénom	Date de naissance

SITUATION MATRIMONIALE DES PARENTS

Mariés Vie Maritale Séparés Divorcés Célibataire Autre (décès)

AUTORITE PARENTALE DETENUE PAR

Père et Mère conjointement Père seul Mère seule
Autre (préciser) _____

PERE

MERE

NOM – Prénom : _____

NOM – Prénom : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Date de naissance _____

Date de naissance _____

Tél domicile : _____

Tél domicile : _____

Tél portable : _____

Tél portable : _____

Email : _____

Email : _____

Profession _____

Profession _____

COUVERTURE SOCIALE & DROITS EN COURS

NOM – Prénom de l'assuré(e) : Mr Mme

N° S.S. :

Adresse CPAM :

Dossier MDPH en cours : OUI NON

MOTIF DE LA DEMANDE :

100 % ALD OUI NON Date de fin :

LIEU DE VIE DE L'ENFANT

Avec Père et Mère Avec Père seul Avec Mère Seule

Foyer de l'enfance En Famille d'Accueil

Nom : Nom :

.....

Adresse : Adresse :

.....

.....

Nom Référent : Nom Référent Aide Sociale à l'Enfance (ASE) :

.....

SOCIALISATION DE L'ENFANT

L'enfant est-il scolarisé ou socialisé OUI NON

Nom et adresse de la structure de socialisation (école, crèche...)

.....

Nombre d'heures par semaine

SUIVI DE L'ENFANT

MEDecin TRAITANT : **VILLE** :

PEDIATRE : **VILLE** :

INTERVENANTS SCOLAIRES : Médecin, Psychologue,

ENSEIGNANT REFERENT :

INTERVENANTS CHU

.....

AUTRES INTERVENANTS EXTERIEURS (orthophoniste, psychomotricien, Psychologue, Kiné,)

.....

Je donne l'autorisation de réaliser films et photographies de mon enfant qui seront utilisés uniquement à des fins médicale.

Date et signature