|  |  |
| --- | --- |
|  Date : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’enfant : |  |
| Prénom de l’enfant  : |  |
| Date de naissance : |  | Sexe de naissance : | F [ ] M[ ]  | Genre : |  |
| Adresse : |  |
| École/Garderie : |  | Pédiatre : |  |
| Téléphone 1 : |  | Téléphone 2 : |  |
| *J’accepte de recevoir des rappels de RDV par SMS : Non* [ ]  *Oui* [ ]  *🡪 Téléphone : 1* [ ]  *ou 2* [ ]  |
| Adresse email : |  |
| Assurance maladie : |  | Nº de carte (20 chiffres) : 807560 |  |
| Consultation demandée par :  |  |

|  |
| --- |
| Motif de la demande (symptômes difficultés, problèmes particuliers etc.) : |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Thérapies/aides déjà mises en place : |
| [ ] Psychologue (Nom) : |  |  [ ]  Ergothérapeute (Nom) : |  |
| [ ]  Logopédiste (Nom) : |  |  [ ]  Psychomotricien.ne (Nom) : |  |
| [ ]  SEI-SPS |  | [ ]  Autres : |  |
| [ ]  Mesures AI (Nº OIC) : |  |  |  |
| Langue maternelle : |  | Autre.s langue.s : |  |

*Merci de joindre à votre demande tout document pertinent (rapports d’évaluation, de consultation, de réseau etc.)*



**Politique d’annulation**

v1.1 Sep. 2022