



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

Responsable légal 2

NOM : NOM :

Prénom : Prénom :

Date de naissance : Date de naissance :

Tél : Tél :

Adresse : Adresse :

.....

Mail : Mail :

Profession : 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				
	Ophthalmologue				
	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
<input type="checkbox"/> Médecin spécialiste (pédiatre ou autre)			
<input type="checkbox"/> Médecin généraliste (traitant)			

L'enfant est-il actuellement accueilli en structure ou sur liste d'attente ?

	Liste d'attente	Prise en charge	Lieu	Téléphone/Mail
CMPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CMPI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CAMSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hôpital de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

L'enfant a-t-il un dossier 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**