



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 : .....  
Référént 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
<b>Médecins</b>	Généraliste				
	Pédiatre				
	Neuro-pédiatre				
	Médecin Physique et de Réadaptation				
	Médecin PMI				
	Médecin CAMSP ou CMPP				
	Ophthalmologue				
	ORL				
	Pédopsychiatre				
	Généticien				
<b>Autres intervenants</b>	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				
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 .....