



CMPP VICTOR HUGO

DOSSIER D'INSCRIPTION

Date de la demande : ____/____/____

- EVREUX - Rue Dulong 27000 EVREUX - 02.32.39.03.65 (Choix 1) - cmpp.evreux@lespep76.fr
- LOUVIERS - Immeuble Risle - 11 Rue de la Maison Rouge 27400 Louviers - 02.32.39.03.65 (Choix 2) - cmpp.louviers@lespep76.fr
- VAL DE REUIL - CCAS Jacques Monod - Place aux Jeunes 27100 Val-de-Reuil - 02.32.39.03.65 (Choix 3) - cmpp.valdereuil@lespep76.fr
- LA LONDE - 250B Rue Henri Gosselin 76500 La Londe - 02.32.39.03.65 (Choix 4) - cmpp.la_londe@lespep76.fr

CONFIRMATION DU RENDEZ-VOUS

Nous vous confirmons votre rendez-vous :

Le ____ / ____ / ____ à ____ H

Avec Dr/M./Mme (Nom) (Fonction) _____

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES CONCERNANT L'ENFANT

Nom prénom : _____ Sexe : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

Lieu de vie de l'enfant : _____
(préciser l'adresse)

Composition de la fratrie :		Date de naissance	A déjà consulté au CMPP
Nom Prénom	Sexe		
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURANCE MALADIE

Nom et prénom de l'assuré : _____

Numéro d'immatriculation :

Caisse d'affiliation : _____

Document à remettre au secrétariat du CMPP par mail, par envoi postal ou en main propre

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES CONCERNANT LES REPRESENTANTS LEGAUX

REPRESENTANT LEGAL 1

REPRESENTANT LEGAL 2

Nom d'usage	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lien avec l'enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A contacter en priorité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse (rue)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse (CP et Ville)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone portable	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone travail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Accepte d'être contacté par courrier	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Accepte d'être contacté par mail	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Accepte d'être contacté par SMS	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Les représentants légaux sont informés de la demande d'inscription :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

SITUATION DES PARENTS

Mariés
 Pacsés
 Vie maritale
 Séparés*

Divorcés*
 Veuf(ve)
 Célibataire (famille monoparentale)

Autorité parentale : Les deux parents
 Parent seul (préciser) :
 Autre (préciser) :

*Mode de garde : Père
 Mère
 Garde alternée
 Autre (préciser) :

SUIVI(S) DE L'ENFANT

	Nom Prénom Ville - Téléphone	Préciser si
Médecin traitant	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 suivi antérieur, <input type="checkbox"/> 2 suivi en cours <input type="checkbox"/> 3 Inscription liste d'attente
Pédiatre	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Pédopsychiatre	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophoniste	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Psychomotricien	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
ORL	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
PMI	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
CAMSP	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
CMP/CMPP	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Document à remettre au secrétariat du CMPP par mail, par envoi postal ou en main propre

Version du 27/05/2024

Autre suivi (à préciser)

Dossier MDPH en cours : Oui Non Demande faite le :

Motif de la demande : AVS/AESH AEEH Orientation ULIS/UE...

Orientation ESMS (IME/ITEP/SESSAD...)

Autre – préciser :

Si attributions de droits : N° Dossier : Date d'attribution des droits :

L'enfant est-il sous protection juridique (tutelle, curatelle...) : Oui Non

Y a-t-il une mesure éducative en cours (éducateur, placement) ? Oui Non

Préciser :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ECOLE

Ecole fréquentée (nom – ville - téléphone) :

Classe fréquentée : Préciser si classe spécialisée :

L'enfant bénéficie-t-il de l'aide d'une AESH (anciennement AVS) ? Oui Non

Médecin scolaire : Oui Non Nom

Psychologue scolaire : Oui Non Nom

MOTIFS DE CONSULTATION

Pourquoi souhaitez-vous une consultation ?

Y-a-t-il eu des changements récents ou un évènement particulier dans l'environnement de l'enfant ?

Oui Non

Si oui, préciser la nature des changements :

Qui vous a dirigé vers le CMPP ?

Document à remettre au secrétariat du CMPP par mail, par envoi postal ou en main propre

DOCUMENTS REMIS AVANT L'INSCRIPTION PAR LE CMPP ET A CONSERVER

- Livret d'accueil du CMPP
- Règlement de fonctionnement du CMPP
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Liste et mode de saisine des personnes qualifiées

DOCUMENTS A RETOURNER AU CMPP

- Dossier d'inscription complété et signé (ce document)
- Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) signé
- Autorisation parentale de consentement aux soins signée par les titulaires de l'autorité parentale
- Copie de l'attestation de sécurité sociale sur laquelle figure l'enfant (disponible sur ameli.fr ou en agence CPAM)

EVALUATION DE LA DEMANDE

Afin d'évaluer au mieux la demande, vous pouvez joindre à ce dossier toutes informations complémentaires que vous jugerez nécessaire :

- Courrier du médecin
- Courrier de l'école
- Comptes-rendus d'évaluation
- Bilans
- Comptes-rendus d'examens
- Notification MDPH
- Autres (préciser) : _____

Nom et prénom de la personne ayant complété le dossier : _____

Lien de parenté avec l'enfant : _____

Date : _____

Signature :

Le CMPP Victor Hugo procède au traitement de vos données à caractère personnel à des fins de prise en soins et de gestion de votre dossier. Ces traitements s'opèrent dans le respect de la confidentialité et du secret médical. Conformément au chapitre III du Règlement général pour la protection des données (RGPD) et aux articles 48 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez de droits d'accès, de rectification, de suppression, de portabilité de vos données, ainsi que du droit de retrait de votre consentement à tout moment, que vous pouvez exercer en vous adressant au Directeur de l'Etablissement par courrier électronique à l'adresse cmpp.evreux@lespep76.fr ou par courrier postal au CMPP Victor Hugo, rue Dulong 27000 EVREUX. En cas de litige, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL.

Document à remettre au secrétariat du CMPP par mail, par envoi postal ou en main propre

Version du 27/05/2024