

DOSSIER COMPLEMENTAIRE FAMILLE

Nom de l'enfant :	Prénom :
Sexe : Fille Garçon	
Date de naissance :	Lieu :

	Mère	Père
Nom et prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Téléphone		
Adresse mail		
Profession		

- Situation parentale :

Mariés Union libre Pacsés Divorcés Séparés Veuf(ve)

- Autorité parentale :

Père Mère Les deux Autres représentant légal (précisez) :

- Fratrie :

oui non

Si oui nombre de frères et sœurs et date de naissance

- Bénéficiez-vous d'une notification MDPH : OUI NON
- BENEFICIEZ-VOUS D'AIDES :

AAEH	OUI	NON
AVS	OUI	NON
PPS (plan personnalisé de scolarisation)	OUI	NON
AJPP	OUI	NON
Suivi par une structure (CAMPS, CMPP, CMPEA, SESSAD, autres...)	OUI	NON

SIGNATURE OBLIGATOIRE DES DEUX PARENTS

En sollicitant la plateforme, j'autorise l'équipe de coordination à échanger des informations avec les professionnels médicaux et paramédicaux de mon enfant.

Signature de la mère :

Signature du père :

Si impossibilité de signer d'un des deux parents :

Je soussignée certifie avoir informé le 2^{ème} parent
responsable légal de l'enfant mineur de la prise en charge par la
plateforme.

Signature :

A transmettre par courrier ou par mail à la plateforme de coordination et d'orientation TND 34
CHU de Montpellier – Hôpital La Colombière
SMPEA Peyre Plantade
PCO TND 34
291 Av. du Doyen Gaston GIRAUD - 34295 Montpellier cedex 5

pcotnd34@chu-montpellier.fr

Pièces à joindre

- Photocopie de l'attestation de la sécurité sociale (avec rattachement de l'enfant)
- Photocopie de la carte de mutuelle
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie des pièces d'identité des deux parents
- En cas de divorce photocopie du jugement indiquant l'autorité parentale