



CLINIQUE MEDICALE PEDIATRIQUE
CENTRE REFERENT DES TROUBLES D'APPRENTISSAGE
(CRTA)

Merci de bien vouloir remplir les renseignements ci-dessous et nous les renvoyer accompagnés des différents comptes-rendus.

Date : ... / ... / ...

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance

Genre : masculin féminin

Adresse de l'enfant

.....

Situation des parents :

Mariés pacsés vie maritale divorcés séparés veuf/ve père/mère seul(e)

Autre précisez :

Parent 1 :

Parent 2 :

Nom..... Nom

Prénom..... Prénom

Adresse..... Adresse (si différente)

.....

.....

Le premier numéro de portable ainsi que la première adresse mail seront utilisés pour vos rappels de rendez-vous, si vous vous y opposez, merci de le préciser.

Tél..... Portable

Tél..... Portable.....

Profession :

Profession :

Adresse mail :

Adresse mail :

Frères et sœurs de l'enfant :

Nom	Prénom	Date de naissance	Ecole (classe), mode de garde, emploi

Accueil de l'enfant dans la journée :

- Assistante maternelle
- Structure petite enfance (multi accueil, crèche ...)
- Ecole maternelle Classe
AVSI h/semaine
- Ecole primaire Classe.....
AVSI h/semaine
- Collège Classe.....
AVSI h/semaine
- Autre, précisez
.....

Lieu de vie en dehors de l'école

- Domicile parents
- Famille d'accueil/assistante familiale
- Foyer
- Autre, précisez

Correspondants:

	Nom, Prénom et fonction	Adresse	Téléphone	Mail
Médecin traitant				
pédiatre, neuropédiatre, pédopsychiatre, médecin scolaire, médecin de rééducation fonctionnelle				
Autres professionnels (orthophoniste, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, etc...)				
Etablissement scolaire				

Nous vous informons que nous sommes susceptibles de contacter les professionnels qui suivent ou ont suivi votre enfant.

Vous autorisez les professionnels du CRTA à filmer ou photographier votre enfant dans le respect de l'anonymat et utiliser son image pour des besoins internes au service et/ou pour des formations :

Oui Non

Signatures parents :

30 Bd Jean Monnet - 44093 NANTES CEDEX 1 - 02.76.64.39.81