POLE FEMME ENFANT ADOLESCENT
Directeur Pr P. BARRIERE

CLINIQUE MEDICALE PEDIATRIQUE

STRUCTURE REGIONALE D'APPUI ET D'EXPERTISE TROUBLE D'APPRENTISSAGE (SRAE-TA)

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

Tournez svp …/…

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/ Médecin scolaire/ pédopsychiatre				
Autres professionnels (orthophoniste, psycho-motricien, ergothérapeute, psychologue, CMP, Apsyades …)				
Etablissement scolaire				

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

Autorisez-vous 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 :

IMMEUBLE JEAN MONNET
30 Bd Jean Monnet - 44093 NANTES CEDEX 1 - 02.40.08.43.09 - srae-ta@chu-nantes.fr