

Dossier de l'enfant :

Date de la 1^{ère} consultation : / / 201
B1 : B2 : B3 : R :

Photo

Date et lieu de naissance : / / à

Etablissement fréquenté : Commune :

Classe année en cours : Nom de l'enseignant-e ou Prof. principal :

Bénéficie t-il d'un PAP PPS PPRE PAI Depuis :

Pédiatre - Médecin traitant :

Avez-vous déjà constitué un dossier à la MDA-MDPH?

Quand ? Notification ?

Qui vous a conseillé de consulter?

Parents

↳ **Mère** Prénom et Nom :

Adresse :

📞 : @ :

↳ **Père** Prénom et Nom :

Adresse :

📞 : @ :

👉 Préciser qui est/sont le-s responsable-s

légal-aux de l'enfant :

Mère Père

Lieu de vie de l'enfant :

Suivi

Votre enfant a -t-il déjà consulté d'autres spécialistes (psychologue, psychologue scolaire, orthophoniste, orthoptiste, psychomotricien,) ?

❶ **Spécialiste en :** **Nom :**

Pour quelle-s raison-s ? :

Année-s

Durée du suivi :

❷ **Spécialiste en :** **Nom :**

Pour quelle-s raison-s ? :

Année-s

Durée du suivi :

❸ **Spécialiste en :** **Nom :**

Pour quelle-s raison-s ? :

Année-s

Durée du suivi :