

## Dossier de l'enfant :

Date de la 1<sup>ère</sup> 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 :