

FICHE INSCRIPTION

Nom et prénom de l'enfant/adolescent :

Date de naissance :

Age :

Sexe :

Trouble(s) diagnostiqué(s) :

Présence d'un traitement médicamenteux : OUI / NON

Motif de prise de contact / description des difficultés rencontrées :

Biographie familiale

- Situation parentale

Ensemble

Séparés

- Âge qu'avait le patient lors de la séparation :

- Forme de garde :

- Si autres formes de garde que la garde alternée :

- Fréquence de contact avec le parent avec lequel le patient passe moins de temps :

	Père	Mère
Age		
Profession		
Actif ou non-actif		
<i>Pour les parents séparés :</i>		
Conjoint actuel	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Depuis quand le conjoint habite avec l'enfant		
Relation de l'enfant avec le conjoint		

- Fratrie :

Prénom	Âge	Sexe	Problématique psy, psychomot, orhto

- Demi-frères / demi-sœurs :

Prénom	Âge	Sexe	Problématique psy	Relation avec l'ado	Côté mère	Côté père

- Événements marquants :

- Changements de domicile (raisons du changement + âge du patient et localisation géographique + adaptation du patient au changement) :

- Changements d'établissements scolaires (raison du changement + âge du patient et établissements + adaptation du patient au niveau scolaire et social) :

Scolarité

Renseigner les problèmes de scolarité ou sociabilisation

	Etablissement	Scolaire	Sociabilisation
Maternelle			
Primaire			
Collège			
Lycée			

Historique du décrochage : *Reprendre fiche contact parents*

- Année scolaire actuelle

- Année scolaire où le décrochage a démarré

- Existence d'aménagements

- PPRE
- PAP
- PPS
- AESH

Antécédents médicaux :

- Allergies médicamenteuses:

- Non
- Oui et lesquelles :

- Allergies alimentaires ou autres:

- Non
- Oui et lesquelles :

Prise en charge, parcours de soin et fréquence :

- Âge premier contact avec les services de santé mentale :

- Psychologue :
- Psychiatre :
- Psychomotricien :
- Orthophoniste :
- Orthoptiste :
- Autres :