

Date de la demande

Les représentants légaux de l'enfant ont-ils été informés de la demande : Oui Non Si non, pourquoi :
 Les représentants légaux sont-ils opposés au partage d'information entre les différents professionnels : Oui Non
 Si oui, pourquoi :

Personne renseignant le formulaire

M. Mme NOM : Prénom :
 Fonction / Qualité : Structure :
 Commune / secteur d'intervention :
 Téléphone / Courriel :

Identité de l'enfant

NOM : Prénom :
 Sexe : Féminin Masculin
 Date de naissance :
 Commune de naissance :

Lieu de vie de l'enfant

Adresse :
 Commune :
 Téléphone :

ENTOURAGE

Parent 1 : autorité parentale Oui Non
 NOM :
 Prénom :
 Adresse :
 Courriel :
 Téléphone :

Parent 2 : autorité parentale Oui Non
 NOM :
 Prénom :
 Adresse :
 Courriel :
 Téléphone :

Personne à contacter :
 NOM :
 Prénom :
 Lien avec la personne :
 Courriel :
 Téléphone :

INTERVENANTS

Fonction et structure (PMI, SESSAD, IME, IDE, kiné, psychomot, éduc, ASS, famille, ...)	NOM et Prénom	Tél / Courriel	Modalités d'intervention (Nature, fréquence intervention, ...)
Médecin traitant/pédiatre			

POIDS : **TAILLE :**

PRISE EN SOINS ANTERIEURES

Cochez la ou les prises en soins	Informations concernant ces prises en soins
☐ CSO (Centre Spécialisé de l'Obésité) ☐ Service de SMR (Soins Médicaux et Réadaptation): - Institut Saint Pierre - Autre, précisez ☐ Programme MRTC (Mission Retrouve Ton Cap) ☐ Endocrinologue ☐ Nutritionniste ☐ Diététicien ☐ Psychologue ☐ APA (Activité Physique Adaptée) ☐ Éducation thérapeutique ☐ Autre(s) professionnel(s), précisez	

Exposé de la situation

Attente(s) du demandeur