ÉQUIPE DIAGNOSTIQUE

2 rue Augustin Fresnel 57070 Metz
Contact : 03 87 36 86 86 et equipediag.pco57@apf.asso.fr

Formulaire de demande équipe diagnostique

(à compléter et à nous retourner, accompagné des pièces précisées dans la liste* des documents à fournir)

Enfant		
Nom de l'enfant :	Prénom :	
Date de naissance :	Age :	Sexe : ☐ M ☐ F
Frères / sœurs :		Age :

Adresse(s) des parents ou tuteurs	
Parent 1 : Adresse Code postal Ville Tel : Mail : Profession :	Parent 2 : Adresse Code postal Ville Tel : Mail : Profession :

Deux parents en accord avec la démarche de diagnostic : ☐ Oui ☐ Non

Nom du médecin traitant ou pédiatre adresseur ou autre professionnel :

Adresse : Tel :

Bilans déjà réalisés		
Bilan neuro pédiatrique ☐ Oui ☐ Non	Date	Nom
Consultation génétique ☐ Oui ☐ Non	Date	Nom
Bilan ORL ☐ Oui ☐ Non	Date	Nom
Bilan orthophonique ☐ Oui ☐ Non	Date	Nom
Bilan ophtalmologique ☐ Oui ☐ Non	Date	Nom
Autres précisez (CMP, CMPP, CAMSP…) ……	Date	Nom

Prise en charge en cours		
Professionnels	**Nom, coordonnées**	**Durée**
Orthophoniste		
Orthoptiste		

PMI		
Autres structures de prise en charge		
AED, AEMO…		

Autorisation de contacter les professionnels cités pour prendre de plus amples informations : ☐ Oui ☐ Non

Dossier MDPH : ☐ Oui ☐ Non (dernière notification à fournir)

Scolarité : ☐ Oui ☐ Non

Classe : Adresse :	☐ Temps plein ☐ Temps partiel (préciser la durée)	Aménagement ou aide à la scolarité ☐ Oui ☐ Non Précisez :

Mode de garde

☐ Parents ☐ Crèche / garderie ☐ Assistante maternelle ☐ Membre de la famille ☐ Autres : ……	Si crèche ou garderie Autorisation de les contacter : ☐ Oui ☐ Non Coordonnées :

Parlez-nous de votre enfant en quelques mots

Quelles sont vos attentes / besoins sur ces différents points ?

Comportement :

Education :

Alimentation :

Propreté :

Sommeil :

Communication / langage :

Particularité sensorielle : (goût, toucher, odorat, vision, audition) :

Autre :

Date :	Signature :

*Liste des documents à fournir :

- Livret de repérage ;
- Copie du livret de famille ;
- Attestation CPAM ;
- Vidéos d'une durée inférieure à 5 minutes à envoyer par mail avec l'autorisation de visionnage signée.

Votre demande ne pourra être traitée que si votre dossier est complet.

Ce formulaire sera consigné au sein de votre dossier. La base légale du traitement des données personnelles qu'il contient est l'intérêt légitime. Elles seront communiquées au seul destinataire suivant : APF France handicap. Les données seront conservées pendant la durée strictement nécessaire à leur exploitation. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de limitation du traitement des données recueillies. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez en faire la demande auprès de la direction de l'établissement ou contacter notre délégué à la protection des données : dpo@apf.asso.fr .

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés).