

# Formulaire de saisine Intervenant Pivot PERSONNE MINEURE



02 31 06 58 20 ou 21  
[Cra-sec@chu-caen.fr](mailto:Cra-sec@chu-caen.fr)

**Centre Ressources Autisme Normandie Calvados-Orne-Manche**  
27 rue des Compagnons  
14033 CAEN Cedex 9

**Date de la demande d'intervenant-pivot :**

**Document rempli par :**

Nom / Prénom :

Statut (parent/professionnel/ autre) :

Adresse :

Mail : .....

Téléphone(s) : .....

**Identification de la personne mineure concernée:**

Nom / Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse des représentants légaux : .....

Lieu de vie de l'enfant (si différent des représentants légaux): .....

Nom du/des représentant/s légal/aux (si différent) : .....

Mail du/des représentant/s légal/aux : .....

Téléphone(s) du/des représentant/s légal/aux: .....

Les deux responsables légaux sont informés et en accord avec la demande.

**Comment avez-vous connu ce service ?**

.....  
.....  
.....  
.....

## Concernant le diagnostic de Trouble du Spectre de l'Autisme

- La personne concernée a-t-elle un diagnostic de TSA ?
- Depuis quand ?
- Quel médecin / quel service a posé ce diagnostic ?
- Une précision a-t-elle été apportée quant à ce diagnostic ?  
Avec ou sans déficience intellectuelle ?  
.....
- D'autres diagnostics ont-ils été posés ? Si oui, précisez :  
.....
- Un dossier à la MDPH, MDA a-t-il été constitué ?  Oui  Non  
Si oui, quels sont les droits notifiés et les éventuelles demandes en cours ?  
.....  
.....  
.....  
.....

## Concernant l'accompagnement et les soins

- **La personne concernée est-elle suivie par ? si oui, précisez le nom et lieu d'activité**  
Un médecin traitant ?  Non  Oui : .....
- En PMI ?  Non  Oui : .....
- Un pédiatre ou neuropédiatre ?  Non  Oui : .....
- Un pédopsychiatre ?  Non  Oui : .....
- Un psychologue ?  Non  Oui : .....
- Une orthophoniste ?  Non  Oui : .....
- Un psychomotricien ?  Non  Oui : .....
- Un éducateur ?  Non  Oui : .....
- Un ergothérapeute ?  Non  Oui : .....
- Autres professionnels :

• **Est-elle prise en charge par un établissement/ service ?**

*Précisez les coordonnées et le temps d'accueil*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CAMSP              | <input type="checkbox"/> Hôpital de jour                              |
| <input type="checkbox"/> CMPP               | <input type="checkbox"/> Unité d'intervention précoces (PIPS, UNIPÉP) |
| <input type="checkbox"/> SESSAD             | <input type="checkbox"/> IME/IMP/IMPro                                |
| <input type="checkbox"/> CMP                | <input type="checkbox"/> ITEP   |
| <input type="checkbox"/> Autres, précisez : |   |

• **Bénéficie t'elle d'un mode de garde (crèche, halte-garderie, assistante maternelle) ?**

*Précisez les coordonnées et le temps d'accueil.*

- Oui  Non

### Concernant la scolarité

• **Est-elle scolarisée ?**  Oui  Non

Si oui :  Temps complet  Temps partiel

Si temps partiel, combien d'heures/semaine ? .....

**Précisez (école maternelle/primaire/collège/lycée) :**

**Précisez s'il y a un dispositif spécifique : (UEMA, UEEA, DAR, ULIS, EMAS)**

• **Bénéficie-t-elle d'une AVS/AESH-i AESH-m ?**  Oui  Non

• **Si besoin, êtes-vous d'accord pour que nous contactons les professionnels cités ?**

- Oui  Non

