

Formulaire de saisine Intervenant Pivot PERSONNE MINEURE



02 31 06 58 20 ou 21

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 : / /

Ce formulaire sera étudié par notre équipe en support de l'évaluation de la plus-value du service pour soutenir et accompagner votre situation. Merci pour l'ensemble des éléments que vous pourrez compléter sur ce document.

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 accompagnée 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, UNIPEP) |
| <input type="checkbox"/> SESSAD | <input type="checkbox"/> Dispositif 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 contactions les professionnels cités ?**

Oui Non

