



FICHE INSCRIPTION CMPP MEUSE

Afin de procéder à l'inscription de votre enfant, nous vous remercions de bien vouloir compléter la fiche ci-dessous (**attention recto-verso**)  
Cette fiche sera à transmettre au secrétariat du CMPP concerné.

Les renseignements demandés dans cette fiche, sauf avis contraire de votre part, feront l'objet d'un traitement informatisé exclusivement réservé aux CMPP de la Meuse. Conformément au règlement européen 2016/672 du 27 avril 2016 dit Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès aux informations qui vous concernent, de rectification et d'effacement dans certaines circonstances en vous adressant au CMPP de BAR-LE-DUC 33 bis, rue du port 55000 BAR-LE-DUC.

**CMPP CONCERNÉ** (Stenay, Verdun, Bar-le-Duc, Commercy) : .....

**Concernant l'enfant ou l'adolescent** : (**Joindre une copie de la pièce d'identité<sup>1</sup>**)

Nom et Prénom de l'enfant : .....  Fille  Garçon

Né(e) le : ..... À : .....

Adresse : .....  
.....

Établissement scolaire fréquenté (Nom + adresse complète) :

.....  
.....

Classe : ..... Nom de l'enseignant : .....

**Votre enfant bénéficie-t-il d'une notification MDPH ?**  OUI  NON

Si oui, veuillez préciser l'orientation et **joindre la dernière notification** :

.....

**Concernant la famille :**

**Parent 1** : (nom et prénom) .....

Adresse : .....  
.....

Tél portable : ..... Mail : .....

Situation Familiale :  Marié  Divorcé  Séparé  Célibataire  Concubin  Veuf

Profession : .....

**Parent 2** : (nom et prénom) .....

Adresse : .....  
.....

Tél portable : ..... Mail : .....

Situation Familiale :  Marié  Divorcé  Séparé  Célibataire  Concubin  Veuf

Profession : .....

**Titulaire(s) de l'autorité parentale** (Nom Prénom) : .....

**Lieu d'accueil/Hébergement (si différent) :**

Nom et prénom/Structure : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Référent : .....

<sup>1</sup> Carte Nationale d'Identité ou passeport de l'enfant ou Livret de famille ou extrait de naissance + CNI ou passeport du parent

# Association des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques du département de la Meuse

**Votre enfant bénéficie-t-il d'une mesure de protection ?**  OUI  NON  
Si oui,  AEMO  Placement ASE  AED  Mesure PJJ

Motif de consultation : .....  
.....  
.....

Conseillée par : .....

## **Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'autres examens ou consultations ?**

**Si oui, lesquels ?** .....

Nom et prénom de l'assuré (e) : .....

N° sécurité sociale sous lequel l'enfant est pris en charge : .....

Caisse d'affiliation (nom et adresse) : .....

**(Joindre la dernière attestation de droits à l'assurance maladie)**

**Médecin traitant** (Nom + adresse complète) :  
.....

**Prise en charge en cours en libéral :**  OUI  NON

Si oui :  Orthophoniste  Psychomotricien  Psychologue  Ergothérapeute

**Si oui, merci de préciser les coordonnées :**  
.....  
.....

**Prise en charge en cours par une plateforme ou une équipe pluridisciplinaire (EPDA, PCO TND, CMP, CAMSP, etc.) :**

OUI  NON

**Si oui, merci de préciser les coordonnées :**  
.....  
.....

**Si cela s'avère nécessaire, autorisez-vous le CMPP à partager des informations concernant votre enfant :**

- Avec l'école :  OUI  NON Avec les services sociaux et judiciaire :  OUI  NON
- Avec le médecin traitant :  OUI  NON Avec les praticiens libéraux :  OUI  NON

**Les éléments relatifs au suivi de votre enfant seront déposés dans le Dossier Médical Partagé (DMP) de votre enfant**

Vous pouvez vous y opposer en cochant cette case  merci d'en préciser le motif : .....

**Autorisez-vous le CMPP à consulter le Dossier Médical Partagé (DMP) de votre enfant :**  OUI  NON

**Autorisez-vous le CMPP à photographier votre enfant** (photo d'identité pour le dossier uniquement) :  OUI  NON<sup>2</sup>

**Autorisez-vous le CMPP à vous contacter** (suivi de votre enfant, questionnaire de satisfaction, réunion familles, etc.) :

- Par courrier :  OUI  NON Par mail<sup>3</sup> :  OUI  NON Par SMS :  OUI  NON

**Date :**

**Signature du/des représentant(s) légal(aux) :**  
(Nom et Prénom du/des signataire(s))

<sup>2</sup> Si non, merci de nous transmettre une photo d'identité récente

<sup>3</sup> Par le biais de la Messagerie Sécurisée de Santé pour les données confidentielles