



**MECS DE CASTELNOUVEL**

**FICHE SOCIO-ADMINISTRATIVE**

**IDENTIFICATION de l'enfant ou de l'adolescent**

Nom .....  
Prénom(s) .....  
Date de naissance et lieu de naissance .....  
.....  
Sexe .....

**AUTORITE parentale détenue par :**

Mère/Autre (à préciser) .....  
Nom et Prénom .....  
Nom de jeune fille : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse .....  
.....  
Téléphone(s) .....  
Adresse électronique .....  
Profession .....  
Situation familiale : Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Vie maritale   
Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf (ve)

Père/Autre (à préciser) .....  
Nom et Prénom .....  
Date de naissance : .....  
Adresse .....  
.....  
Téléphone(s) .....  
Adresse électronique .....  
Profession .....  
Situation familiale : Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Vie maritale   
Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf (ve)

## LA FRATRIE

Sœurs et/ou Frères : Nom et prénom ; Date de naissance (Situer l'enfant dans la fratrie)

- 1-.....
- 2-.....
- 3-.....
- 4-.....
- 5-.....

Autre(s) personne(s) vivant au domicile :

Nom .....

Prénom .....

Lien avec l'enfant .....

Nom .....

Prénom .....

Lien avec l'enfant .....

## LA COUVERTURE SOCIALE

Nom de l'assuré social :

N° Sécurité Sociale : .....

Caisse d'affiliation : .....

Mutuelle (nom et numéro d'affiliation) .....

Nom de l'allocataire : .....

N°Allocataire CAF/MSA et organisme (adresse)

.....

## Dossier MDPH

(joindre copie notifications)

.....

- Droit à l'AEEH : .....

- PCH : .....

- Orientation vers un établissement médico-social : .....

-Orientation ULIS et accompagnement SESSAD

- AAH et RQTH : .....

## IME sollicités

-établissement sollicités :

-Date de la démarche :

-Réponse :

## PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection : OUI NON, si OUI, laquelle ?

Sauvegarde de justice Curatelle simple Curatelle renforcée Tutelle

## ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

Prise en charge actuelle par un établissement ou service, en complément de la scolarité (Si oui, merci de préciser les coordonnées)

SESSAD  CMPP  Suivi libéral en orthophonie

Suivi libéral en psychomotricité

Mesures Educatives de l'Aide Sociale à l'Enfance  Autre

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

Si la famille est accompagnée par une assistante sociale, merci de joindre un bilan social de l'enfant. Si un accompagnement éducatif est apporté à l'enfant, merci de joindre un bilan éducatif de l'enfant.

## Personne à l'origine de la candidature et coordonnées

Nom et Prénom : .....

Famille, Etablissement/Service .....

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

## LES MEDECINS REFERENTS

NOM du médecin-traitant référent :

.....

Adresse et coordonnées téléphoniques :

.....

NOM du médecin spécialiste actif dans la filière du soin :

.....

Adresse et coordonnées téléphoniques :

.....

Renseignements complémentaires jugés utiles

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

NOM de la personne qui a complété cette fiche (mentionner si lien de parenté avec le patient)

Date et Signature :