

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN ERGOTHÉRAPIE

*Document à remplir par le pédiatre lors d'un entretien
pour que l'enfant soit inscrit sur liste d'attente*

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Rue NPA localité	
Téléphone	
Adresse mail	
AI (déjà connu)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Demande initiale faite par :

<input type="checkbox"/> Pédiatre (médecin)	<input type="checkbox"/> Parents	<input type="checkbox"/> École
<input type="checkbox"/> Suite à la pose d'un diagnostic par un centre de compétences		Nom du centre de compétences
Diagnostic si connu ou hypothèse diagnostic :		

Raisons de la demande et besoins

<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> École	<input type="checkbox"/> Groupe
<input type="checkbox"/> Activités de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/> Motricité fine / Écriture	<input type="checkbox"/> Groupe de compétences sociales
<input type="checkbox"/> Respect du cadre	<input type="checkbox"/> Respect du cadre	<input type="checkbox"/> Groupe PIFAM (fonctions exécutives 10-14 ans)
<input type="checkbox"/> Alimentation	<input type="checkbox"/> Organisation / attention	
<input type="checkbox"/> Sensoriel	<input type="checkbox"/> Relations sociales	
Autres, commentaires :		

Signature et timbre du pédiatre :

Date :