



Un contact mail et/ou téléphonique est le postulat à toute démarche de transmission de la fiche d'interpellation.

A défaut, la fiche d'interpellation ne sera pas prise en compte.

Date du premier contact :

Fiche d'interpellation situation ENFANT

Date de rédaction :

Nom et coordonnées de l'institution (adresse et cachet).....

Nom, titre et coordonnées du rédacteur :

Coordonnées du Directeur (rice) :

N° dossier MDPH :

Conformément à la législation en vigueur en matière de traitement de données à caractère personnel, la personne concernée et ou son représentant légal autorise la transmission de cette fiche à la MDPH 02

Oui

Non

Identification de l'enfant

Nom : Prénom :	Né(e) le à :	Adresse :
-------------------	-----------------	-----------

Éléments de synthèse

Renseignez synthétiquement les différentes rubriques :

→ Indiquez les éléments pertinents à la compréhension de la situation

Droits et prestations déjà sollicités	<input type="checkbox"/> AEEH	Orientation Etablissement et/ou service médico-social		
	<input type="checkbox"/> Parcours scolaire	<input type="checkbox"/> CAMSP/ CMPP	<input type="checkbox"/> IME	<input type="checkbox"/> SESSAD
	<input type="checkbox"/> AVSI	<input type="checkbox"/> Centre ressources	<input type="checkbox"/> IEM	<input type="checkbox"/> Etb éduc déf. sensoriels
	<input type="checkbox"/> Prestation Compensation du handicap	<input type="checkbox"/> ITEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Etb belges préciser)
	<input type="checkbox"/> Autres.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autres.....
Mesures administratives/ judiciaires	<input type="checkbox"/> Accompagnement social	<input type="checkbox"/> Placement ASE	<input type="checkbox"/> Mesures PJJ	
	<input type="checkbox"/> IEAD	<input type="checkbox"/> Tutelle Département	<input type="checkbox"/> Autres.....	
	<input type="checkbox"/> AEMO			
Détenteurs autorité parentale ou tiers ayant la charge du mineur	Nom :	Nom :	Nom :	
	Prénom :	Prénom :	Prénom :	
	Adresse :	Adresse :	Adresse :	
	Tel :	Tel :	Tel :	
Bénéficiaire d'une mesure	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	
	<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Tutelle	
	<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Curatelle	
	(Nom et coordonnées du service)	(Nom et coordonnées du service)	(Nom et coordonnées du service)	
Résidence de l'enfant	<input type="checkbox"/> chez le détenteur de L'autorité parentale 1	<input type="checkbox"/> chez le détenteur de L'autorité parentale 2	<input type="checkbox"/> alternée	
			<input type="checkbox"/> tiers (Famille accueil...)	

Problématique repérée de la personne :

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

Démarches engagées auprès d'établissements et/ou services (indiquez si possible les dates) :

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

Identification des accompagnements sanitaires et paramédicaux :

Indiquez le nom de la ou les personne(s) référente (s), le rythme de(s) intervention(s) et précisez si le ou (les) accompagnement(s) sont : « effectif(s) » – « en attente »- « rompu(s) ».

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

Situation sociale : (Lieu de vie, relations parents, présence d'un tiers, activités, environnement...)

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

Situation scolaire (scolarisé, déscolarisé, aménagement de scolarité, scolarité spécialisée...)

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

Nom et coordonnées des personnes susceptibles d'être invitées au groupe de synthèse (GOS) :

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

Partie réservée à la cellule de décision et d'orientation

Orientation de la demande :

- Préconisation d'une nouvelle demande
Passage en GOS 1
Passage en GOS 2
Autres (préciser)

Motivations :