



INSCRIPTION ASE

FICHE 2

Photo
d'identité

DOMICILE DE L'ENFANT (à compléter)*

Civilité* : Mme M.

Nom* :

Prénoms* :

Adresse de résidence réelle* :

Code Postal* : Ville* : Pays :

Date de naissance* : Lieu de Naissance :

Nombre de frères et soeurs : Prénoms et Ages :

N° SECU* : ! _ ! _ . ! _ . ! _ . ! _ . ! _ . ! _ . ! _ . ! _ . !

CMU : Oui

Adresse de la Caisse Primaire de Sécurité Sociale* :

Code Postal* :

Représentant légal* : Père et mère Mère Père ASE Autre (préciser) :

PARENTS (à compléter)*

Civilité* : Mme & M. Mme M.

Nom* : Prénom(s)* :

Adresse* :

Code Postal* : Ville* : Pays :

Tél. fixe* : Tél. portable* :

Profession du père : Profession de la mère :

AIDE SOCIALE A L'ENFANCE (à compléter s'il y a lieu)

Civilité du contact* : Mme M.

Nom du contact* : Prénom du contact* :

Conseil Général* :

Service* : bureau / :

Adresse* :

Code Postal* : Ville* :

Tél. fixe* : Tél. portable* :

Fax* : Courriel :

.../..

* : Champ Obligatoire.

FAMILLE D'ACCUEIL (à compléter s'il y a lieu)

Civilité* : Mme M.

Nom* :

Prénom* :

Tél. fixe* : Tél. portable* :

Courriel : Reçoit l'enfant depuis :

SCOLARITE OU CENTRE DE SOINS (à compléter s'il y a lieu)

Nom de l'établissement fréquenté* :

Adresse* :

Code Postal* : Ville* : Niveau scolaire :

STRUCTURE D'ACCUEIL (à compléter s'il y a lieu)

Civilité du contact* : Mme M.

Nom du contact* :

Prénom du contact* :

Nom de l'organisme* :

Service :

Adresse* :

.....

Code Postal* : Ville* : Pays :

Tél. fixe* : Tél. portable :

Fax* : Courriel :

TIERS-PAYEUR POUR LE FINANCEMENT DU SEJOUR (à compléter)*

Civilité du contact* : Mme M.

Nom du contact* : Prénom du contact* :

Nom de l'organisme* :

Service* :

Adresse* :

.....

Code Postal* : Ville* :

* : Réponse Obligatoire

.....
* : Champ Obligatoire.

FICHE 4

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant vit-il habituellement dans sa famille ?

Votre enfant est-il placé dans un établissement ?

Nom de l'établissement de soin :

Régime (externat, internat) :

Adresse :

CP.....Tél:.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge thérapeutique particulière ?Si oui la ou lesquelles ?

.....

Acceptez-vous que nous prenions contact avec cet établissement ou ce praticien ?

Adresse :Tél :

Depuis quel âge présente-t-il des difficultés ?ans

A-t-il été scolarisé (maternelle incluse)ans

Sait-il lire ? écrire ? Regarde-t-il une revue ?

Seul, peut-il manger ? se laver ? s'habiller ?

se brosser les dents ?..... Age de la marche:..... Fin des couches:

Est-il propre de jour :..... de nuit :

fait-il de la rétention anale :

Mange t-il : - avec un couvert - mouliné - de tout – boulimique - très peu //Mange-t-il - à table avec ses parents

(cocher en négative)

Attitude alimentaire : selectif, boulimique, atypique, mange de tout, ne mange pas :

.....

Petit déjeuner habituel de l'enfant :

.....

.....

En balade est-il : endurant - fatiguable - dispersé Socialisation : collant - hors du champs - amusé - attentif

Il se couche vers :h et se réveille le matin : h --- Son sommeil est : - agité - difficile - profond - paisible -

S'il est comitial les absences sont-elles rares – fréquentes - périodiques date de la dernière :

A-t-il un jouet attitré : lequel

A-t-il un frère ou une soeur proche de son âge : âge :

Son évolution sexuelle vous paraît-elle correspondre à celle de son âge ?

Aime-t-il l'eau en général ? Préfère-t-il le bain ou la douche ?

Se baigne-t-il quelquefois en piscine ? Sait-il nager ?

Fait-il du vélo : du patin à roulettes : de l'équitation : cheval ou poney

.....

Prise de risque : - attentif à son environnement - dispersé - inconscient

Dans la rue : - vous lui donnez la main - peut marcher seul

