

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

(À compléter par la famille)

	REPRESENTANT LEGAL 1	REPRESENTANT LEGAL 2	AUTRE REPRESENTANT
Lien de parenté			
Nom - Prénom			
Adresse	CP : Ville :	CP : Ville :	CP : Ville :
Tel			
Mail			

Résidence principale de l'enfant :

Avec les deux parents

Garde alternée (précisez) :

Famille monoparentale : Père Mère

Famille d'accueil

Institution :

(Précisez) :

Concernant l'enfant :

Son école (Nom et lieu) :

Classe :

Son médecin traitant (Nom, adresse et téléphone) :

Tel :

Son pédiatre (Nom, adresse et téléphone) :

Tel :

POLE APSA – ETP JEUNES

Le programme d'Education thérapeutique s'adresse aux enfants/jeunes âgés entre 3 et 18 ans.

Un premier rdv sera proposé à la famille pour rencontrer l'équipe pluriprofessionnelle lors d'une demi-journée d'accueil qui sera uniquement proposée un mardi (matin ou après-midi selon l'âge de l'enfant).

- ⇒ Pour l'enfant scolarisé en maternelle/primaire, sa présence n'est pas requise.
- ⇒ Pour l'enfant scolarisé en collège/lycée, il doit obligatoirement être accompagné par un parent.

Afin de préparer au mieux cette rencontre, la famille recevra des questionnaires à compléter et à renvoyer si possible avant le rdv.

Souhait de correspondance (bilans / programmes des activités) :

Père :	Par voie postale	par mail
Mère :	Par voie postale	par mail
Autre :	Par voie postale	par mail

Titulaire de l'autorité parentale :

Je soussigné(e) :

ne m'oppose pas à ce que mon enfant suive le programme d'Education Thérapeutique proposé par le Pôle APSA

m'oppose à ce que mon enfant suive le programme d'Education Thérapeutique proposé par le Pôle APSA

Signature :