

Nom, prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Caisse d'assurée social :

téléphone :

N° SS :

N° MDPH :

N° carte d'invalidité :

N° CAF :

Mutuelle :

**Tutelle, curatelle** (oui, non)

Adresse :

Téléphone :

**Père** (nom, prénom) :

date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Employeur :

**Mère** (nom, prénom) :

date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Employeur :

**Frères et sœurs** (nom, prénom, date de naissance, situation...) :

## PLACEMENTS ANTERIEURS (Etablissements, périodes)

-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-

## MEDECINS TRAITANTS

## DIAGNOSTIC

IMC/IMOC, maladie neurologique, chromosomique, respiratoire, métabolique... (préciser)

Déficiência intellectuelle (RL, RM, RP)

Déficiência physique (préciser)

Déficiência sensorielle (préciser)

Déficiência psychique (préciser)

Autres renseignements

## SOINS ET TRAITEMENTS

Allergies, contre indications :

Traitement médicamenteux actuel :

Soins médicaux et/ou infirmier (oui, non, lesquels, fréquence) :

Rééducations (oui, non, type, fréquence) :

## HOSPITALISATIONS (dates, durée, motifs)

Dossier rempli par :

Le