

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES EVENTUELS**

Dates et résultats

Horizontal lines for recording exam dates and results.

**AVIS DU SPECIALISTE CONSULTE**

Date de la consultation spécialisée et nom du médecin spécialiste

Horizontal lines for recording specialist consultation dates and names.

Cachet et signature du médecin

**A renseigner par le médecin rapporteur de la commission**

**NATURE DU / DES HANDICAP(S) OU DE LA / DES DEFICIENCE(S)**

- radio buttons for motor, visual, psychological, aesthetic, intellectual, auditory, polyhandicap, and other disability types.



**Synthèse des renseignements médicaux**

Nom, prénom de l'enfant

Dotted lines for summarizing medical information.

**CONFIDENTIEL**

Nouvelle-Calédonie

**COMMISSION**

Empty box for commission details.

Cadre réservé à la commission

Date de la commission:

**Date de la demande du bilan:**

- radio buttons for CEJH-NC, CCEP, CSD/ASH, and other options.

**MOTIF DE LA DEMANDE**

demande effectuée en vue de :

- radio buttons for reasons like recognition of handicap, renewal of rate, orientation, etc.

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ENFANT**

NOM, prénom de l'enfant :

Né(e) le: à Sexe radio buttons for masculin, féminin

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

RETOUR DU FEUILLET

pour le: D'avance, merci

Feuillelet rédigé par Docteur:

Date de la consultation:

Nom du médecin référent LM:

Ecole/établissement fréquenté:

Classe:

**Lieu de vie de l'enfant:**

- radio buttons for living locations: chez les parents, en famille d'accueil, en internat, autre.

**COMPOSITION DE LA FAMILLE**

- radio buttons for family composition: biologique, adoptive, d'accueil (correspondant), d'accueil (ASE).

**LE PERE ou LE REFERENT**

**LA MERE ou LA REFERENTE**

Table with 2 columns for parent information: NOM, prénom, Activité professionnelle, Adresse + téléphone.

**Couverture sociale de l'enfant:**

Form for social coverage: CAFAT, Aide médicale SUD, Mutuelle, 100% LM, Code OMS, Validité du.

