

## Demande de renseignements auprès du **médecin scolaire**

Madame, Monsieur, Cher Confrère

Les parents d'un enfant de votre secteur nous ont adressé une demande de rendez-vous.

Pour optimiser le parcours de soin de l'enfant, nous avons besoin de votre collaboration.

Nom de l'enfant :

Prénom :

Age :

Classe actuelle :

Etablissement :

Vous a-t-on signalé cet enfant ?

Si non, avez-vous la possibilité de le rencontrer dans les prochaines semaines et de nous donner les conclusions pour le jour de la consultation ?

Si oui, quelles sont vos observations :

Il n'est pas conseillé d'attendre la démarche auprès du centre référent pour mettre en place les aménagements.  
Cet enfant a-t-il des adaptations ou des aménagements spécifiques ?

Si non, pourquoi ?

Du fait de l'affluence et de sa spécialité, la consultation dans un Centre de Référence est dédiée aux enfants qui en ont le plus besoin (troubles sévères des apprentissages, complexes et résistants aux rééducations et traitements).

Vous paraît-il utile que cet enfant soit vu en consultation dans notre Centre de Référence ?

Est-ce urgent ?

*Qu'attendez-vous de cette consultation ?* cochez les propositions ci-dessous

- ☐ Diagnostic différentiel de trouble spécifique d'apprentissage
- ☐ Examen neurologique détaillé
- ☐ Collaboration autour d'un enfant en souffrance scolaire
- ☐ Guidance pour un trouble spécifique déjà diagnostiqué
- ☐ Confirmation de non pathologie

Autre, précisez :

Merci de nous communiquer vos coordonnées professionnelles de contact :

Nous autorisez-vous à les conserver dans notre annuaire de partenaires de soin ?

Nom :

Ecole :

Mail / téléphone

Si vous souhaitez apporter des éléments supplémentaires :