



**demande de consultation
au C.R.D.T.A. ou
à l'unité neuro-pédiatrique St Vincent de Paul**

année scolaire ... / ...

Identité de l'élève

nom

prénom

date de naissance

adresse du responsable légal

.....

école ou établissement fréquenté(e)

.....

.....

.....

.....

téléphone :

Nature des difficultés rencontrées

.....
.....

Mesures déjà mises en place

.....
.....

Coordonnées des spécialistes médicaux ou para-médicaux (ou du service de soins) qui suivent éventuellement l'enfant :

.....
.....

Identité du demandeur

Nous, soussignés,, responsables légaux de l'élève
demandons à ce que l'élève puisse bénéficier d'une
consultation au CRDTA ou à l'unité neuro-pédiatrique St Vincent de Paul.

responsables légaux, date et signature

ou

L'élève majeur demande à pouvoir bénéficier d'une consultation
au CRDTA ou à l'unité neuro-pédiatrique St Vincent de Paul.

date et signature

Documents à fournir en appui à la demande

- ☐ descriptif des adaptations pédagogiques déjà mises en œuvre et bilan - **document obligatoire** -
- ☐ évaluations scolaires récentes - **document obligatoire** -
- ☐ PPRE (le cas échéant)
- ☐ bilan psychologique incluant un bilan normé (sous enveloppe) - **document obligatoire** -
- ☐ dernier résultat du dépistage infirmier (sous enveloppe) - **document obligatoire** -
- ☐ bilans médicaux ou para-médicaux actualisés et mise sous pli cacheté et confidentiel remis par le responsable légal ou l'élève majeur (le cas échéant)

volet retour

Je, soussigné(e) – nom et prénom du médecin de l'EN -

au vu des difficultés présentées par l'élève

et des éléments transmis

☐ émets un avis favorable à la demande de consultation au CRDTA ou à l'unité neuro-pédiatrique St Vincent de Paul.

☐ émets un avis défavorable à la demande de consultation au CRDTA ou à l'unité neuro-pédiatrique St Vincent de Paul :

.....

☐ sollicite un ou des document(s) complémentaire(s) – à préciser –

.....

☐ autre préconisation

.....

.....

date, signature et cachet
