



**1D/2D -DEMANDE DE CONSULTATION AUPRES DU SERVICE DE PSYCHOLOGIE**

Année 2024/2025

**Merci de compléter toutes les rubriques du document**

**À envoyer à l'adresse : [service-de-psychologie@ec44.fr](mailto:service-de-psychologie@ec44.fr)**

(Partie réservée au service) Reçue le :	Psy :
---	-------

ETABLISSEMENT :	LOCALITE :
ENSEIGNANT/PP :	TEL :

<b><u>ENFANT CONCERNE :</u></b>			
NOM :	Prénom :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Date de naissance :	Classe :	Classe redoublée :	Niveau scolaire atteint :

**RESPONSABLES LEGAUX :**

**PARENT 1 :**

NOM, Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél :

Mail :

**PARENT 2 :**

NOM, Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél :

Mail :

**AUTRE :**

NOM, Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél :

Mail :

**Situation familiale :**

Mariés/Pacsés     Séparés     Vie maritale     Parent isolé     Veuf/veuve

**Autorité parentale :**

Conjointe     parent 1     parent 2     Si NON, qui est le responsable légal de l'enfant ?

**SITUATION**

- Enfant ayant déjà rencontré un psychologue de l'enseignement catholique    Oui  Non
- Enfant ayant déjà motivé l'intervention d'un autre service DEC    Oui  Non
- ↳ *Si Oui, lequel* : ecole inclusive, chargés de missions, Protection de l'enfance ?.....
- Frère ou sœur déjà rencontré(e)    Oui  Non

**SUIVI(S) EXTERIEUR(S) (Coordonnées des personnes)**

	Suivi antérieur	En cours	Prévu
<b>Orthophoniste :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psychomotricien :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psychologue :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bilan psychologique/neuropsychologique :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ <i>Si oui, date :</i>			
<b>Médecin :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Autre (lequel ?)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OBSERVATIONS ACTUELLES :**

• Sur le plan des apprentissages scolaires :

• Sur le plan comportemental :

• Vis-à-vis de ses pairs :

• Vis-à-vis des adultes :

• Autres observations :

**AIDES DEJA MISES EN PLACE DANS L'ETABLISSEMENT** (Rencontre famille, PPRE, RA...)

**Qu'est-ce qui vous amène à solliciter ensemble (établissement/famille) le service de psychologie ?**

**Est-ce qu'une orientation est questionnée par l'établissement ?**       OUI       NON

↳ Si oui, préciser :

• **Dossier en lien avec la MDPH** (Maison départementale des personnes handicapées)

ULIS école       ULIS collègue       Etablissements spécialisés (IME, ITEP...)

Service de soins (SESSAD, SSEFIS)

Autres :

• **Orientation en SEGPA**

↳ Si oui, démarche vers la CDO a-t-elle été envisagée en CM2 ?

*Document complété lors de la rencontre du :*

**Signature du parent 1 :**

**Signature du parent 2:**

**Signature du Chef d'Etablissement :**

**Signature de l'enseignant(e)/PP :**