



Coordonnées

Nom :

Date entrée :

Prénom :

Date de naissance :

	Père	Mère	Enfant
GSM			
Mail			

Personne de contact :

Etat civil parents :

Médecin traitant :

Ecole de l'enfant :

Motif de la consultation

Plainte/Problème, évènements clés, épisodes antérieurs, pourquoi maintenant, attentes des parents, à quoi les parents verront une amélioration ?



Conséquences du problème sur

Parents fratries, amis/vie sociale, sommeil/rêves, énergie, activité loisirs, hygiène, appétit, études

Sources de soutien

Personnelles, familiales, amicales



Démarches antérieures

Historique médical

Maladies	Suivi médical
ATCD familiaux	Médicaments
Grossesse (enfant désiré, mère alitée, ...)	Accouchement
Nourrissage	Mise à la crèche



Développement moteur

Rampé

Assis

Debout

Trotteur – déambulateur

Parc

Chutes fréquentes

Type d'attachement

Sécuré/Insécuré : Solo / Velcro / Désorganisé

Lien à sa mère :

Lien à son père :

Autres

Traumatismes

Accidents

Violence

Abus physique ou psy