



CENTRE D'ACTION MEDICO-SOCIALE PRÉCOCE

FINESS : 110 003 506

56 rue de St Salvayre 11100 NARBONNE - Tél. 04 68 43 41 78 - Fax. 04 68 43 41 79

courriel : camsp@anaa-narbonne.fr - courriel médical : dirtech@anaa-narbonne.fr -

courriel direction : direction@anaa-narbonne.fr

Établissement géré par l'Association Narbonnaise pour les Actions d'Adaptation (A.N.A.A.)

DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE

(Loi 2002-2 du 02 janvier 2002)

En vertu des dispositions de la loi 2002-2 et en référence à ses décrets d'application, le présent D.I.P.C. est un contrat conclu pour une durée indéterminée, suite à la décision d'admission du

Entre : Le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce de Narbonne (C.A.M.S.P.)

représenté par : **Madame le Dr Sophie De Potter** agissant en qualité de **Médecin Directeur Technique**

et par : **Madame Nicole LOPEZ** agissant en qualité de **Directrice**

Et : L'enfant : **NOM Prénom**..... Né (e) le :

Adresse :

dénommé(e) ci-après : « **l'enfant accueilli** » représenté(e) par :

M & Mme

Adresse :

père, mère, autres :

dénommé(e) ci-après « **le Représentant légal** »

L'admission au C.A.M.S.P. prend effet à la première consultation.

Les objectifs de prise en charge et les prestations adaptées à l'état de votre enfant seront déterminés avec sa participation ainsi que la vôtre. Ils figureront dans l'avenant à ce document, dénommé projet de soins individualisé (P.S.I.).

Ce projet de soins évoluera en fonction des besoins de prise en charge de votre enfant.

A l'issue de la **consultation d'accueil réalisée par l'assistant(e) social(e)**, le

consultation d'évaluation médicale, le

avec le **Docteur Sophie DE POTTER**, Pédiatre

Il est préconisé la réalisation du (des) observations/bilans(s) suivant(s) :

Bilan médical complémentaire **Bilan psychologique** **Evaluation psychomotrice** **Bilan orthophonique**

Observation par une éducatrice jeunes enfants au CAMSP **Observation par une éducatrice jeunes enfants à l'extérieur du CAMSP**

Prise en charge en kinésithérapie **Bilan en ergothérapie** **Observation conjointe**

En signant le présent document, vous vous engagez à participer à l'ensemble des rendez-vous organisés dans le cadre de la prise en charge de votre enfant et à respecter les dispositions du règlement de fonctionnement qui vous a été remis.

Votre enfant sera accompagné lors de ces rendez-vous par ses parents, ou un des deux parents, ou par son représentant légal actuel M ou Mme

Il peut être mis fin à cette période d'observation/bilan, à votre demande ou par la structure en cas de non-respect du présent engagement ou du règlement de fonctionnement.

Fait à NARBONNE, le

Le Médecin Directeur Technique,

La Directrice,

Le Représentant légal,