

## Demande d'activation d'un FIP à la PCO 92 par les médecins de ligne 2

A adresser au secrétariat : [secr.pco92@cesap.asso.fr](mailto:secr.pco92@cesap.asso.fr)

**Pour que votre demande puisse être prise en compte** merci de bien vouloir **joindre un compte rendu médical** reprenant les éléments justifiant la demande d'activation du FIP : profil de l'enfant ( signes d'alerte, facteurs de risque, profil sensoriel, TND suspectés...) et prise en charge actuelle ( bilans et/ou interventions réalisés et/ou en cours, en structure et/ou en libéral, auprès de l'enfant et des parents ...)

### Informations administratives sur l'enfant concerné par la demande

Nom	<input type="text"/>	Sexe	<input type="text"/>	
Prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>	
Nom d'un parent	<input type="text"/>	Numéro de téléphone	<input type="text"/>	
Adresse de l'enfant	<input type="text"/>		Code postal <input type="text"/>	
<i>Si les parents sont divorcés, merci d'indiquer les coordonnées du second parent :</i>				
	<input type="text"/>		Code postal <input type="text"/>	
Mails des parents	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
N° sécurité sociale du parent assureur	<input type="text"/>			
Dossier MDPH ?	<input type="text" value="Oui"/>	<input type="text" value="Non"/>	AEEH accordée? si oui, quel complément :	
			<input type="text" value="Oui"/>	<input type="text" value="Non"/>

### Demande d'activation d'un ou plusieurs FIP

Etes-vous le médecin référent de l'enfant ?	<input type="text" value="Oui"/>	<input type="text" value="Non"/>
Sinon, merci de préciser le NOM du médecin référent :	<input type="text"/>	
et ses coordonnées :	<input type="text"/>	

**Nombre de bilans et/ou interventions souhaités (max. : 1 bilan et 35 interventions par professionnel)**

Psychologue	Bilan court <input type="text"/>	<input type="text"/>	Prise(s) en charge actuelle(s) et coordonnées des professionnels : <input type="text"/>
	<u>ou</u> Bilan long <input type="text"/>		
	Interventions <input type="text"/>		
Ergothérapeute	Bilan <input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Interventions <input type="text"/>		
Psychomotricien.ne	Bilan <input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Interventions <input type="text"/>		

### IDENTIFICATION DU MEDECIN ADRESSEUR

Docteur	<input type="text"/>	TAMPON / Numéro RPPS / Siret
Structure / Réseau	<input type="text"/>	
Date	<input type="text"/>	Signature :

Avec l'accord du représentant légal de l'enfant, ce document est transmis à la plateforme.  
Un double de ce document et la brochure de la PCO sont remis au représentant légal.