

## Fiche de contact TURBODys

Nom et prénom		Né(e) le : En classe de :
Adresse maman		Tel : Courriel :
Adresse papa		Tel : Courriel :

Votre enfant présente t'il des problèmes de santé, des allergies, prend-il un traitement ?

Votre enfant porte-t-il :	<input type="checkbox"/> des lunettes ? correction :	<input type="checkbox"/> des semelles orthopédiques ?
<input type="checkbox"/> un appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/> des appareils auditifs ?	<input type="checkbox"/> un corset ?

Bilans réalisés	date	résultats
orthophonie		
psychomotricité		
Psychométrie (tests de QI)		
Autres :		

Une prise en charge MDPH a-t-elle été faite ou est en cours :  
Aménagements scolaires déjà mis en place : oui/non

Votre enfant présente :	<input type="checkbox"/> Difficultés de mémorisation
<input type="checkbox"/> Troubles de l'attention	<input type="checkbox"/> Troubles anxieux
<input type="checkbox"/> Difficultés de concentration	<input type="checkbox"/> Hyperémotivité, hypersensibilité
<input type="checkbox"/> Difficultés de mémorisation	<input type="checkbox"/> Impulsivité
<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> Maladresse
<input type="checkbox"/> Hyperactivité, agitation motrice	<input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre
	<input type="checkbox"/> Lenteur

Autres éléments que vous désirez porter à notre attention :

Comment nous avez-vous connus ?