

Date de la demande :

..... / /

À nous retourner à

**Centre relais des troubles du langage et des
apprentissages (CRTLA)**

*Unité diagnostique dédiée aux Troubles
du NeuroDéveloppement*

Pôle Santé Sarthe et Loir

La chasse du point du jour

BP 10129 72205 Le Bailleul CEDEX

Ou par mail

secretariatlangage@pole-pssl.fr

1. Identité du patient

Nom : Prénom :

Né(e) le : / / Adresse :

Code postal : Ville :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

2. Identité du représentant légal

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. (obligatoire) : Mail (obligatoire) :

Exprime cette demande en qualité de

☐ Père ☐ Mère ☐ autre (indiquer la filiation/ le lien avec le patient) :

3. Scolarité

Classe : Établissement :

Adresse de l'établissement scolaire :

Y a-t-il un aménagement en place ? ☐ oui ☐ non Si oui, lequel ?

Le médecin scolaire de l'établissement est-il informé(e) ? ☐ oui ☐ non

4. Suivis externes

Votre enfant a-t-il été suivi ou est-il actuellement suivi par des professionnels de santé ?

☐ **ORL**

Nom du praticien en charge du suivi : Date : / /

☐ **Ophtalmologie**

Nom du praticien en charge du suivi : Date : / /

☐ **Orthoptie**

Nom du praticien en charge du suivi : Date : / /

☐ **Orthophonie**

Nom du praticien en charge du suivi : Date : / /

☐ **Psychologue libéral/CMP**

Nom du praticien en charge du suivi : Date : / /

☐ **Psychologue de l'éducation nationale (RASED)**

Nom du praticien en charge du suivi : Date : / /

☐ **Psychomotricité**

Nom du praticien en charge du suivi : Date : / /

☐ **Ergothérapie**

Nom du praticien en charge du suivi : Date : / /

☐ **Autre (à préciser) :**

Nom du praticien en charge du suivi : Date : / /

5. Identité du médecin traitant

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél (obligatoire) : Mail (obligatoire) :

6. Nature de la demande

Origine de la demande :

☐ parents ou représentant légal ☐ médecin traitant et/ou autre professionnel de santé

Adressé vers le CRTLA par (information obligatoire) :

Nom : Prénom :

Motifs de la demande (*suspicion dyslexie, troubles des apprentissages, besoin orientation, etc*) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Justificatifs de document à fournir

☐ Courrier du professionnel vous orientant vers le CRTLA (**OBLIGATOIRE**).

Ce courrier doit être détaillé et décliner les motifs de demande d'exploration.

8. Attestation

Je soussigné(é) ☐ M. ☐ Mme

☐ Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

Fait à :

Le : / /

Signature

Pour tous renseignements complémentaires, merci de contacter le **Centre relais des troubles du langage et des apprentissages (CRTLA) par téléphone : 02 44 71 31 23**

N° FINESS : 720 016 724