

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 : ..... / ..... / .....

**Ophthalmologie**

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 CRTL (OBLIGATOIRE).  
*Ce courrier doit être détaillé et décliner les motifs de demande d'exploration.*

## 8. Attestation

Je soussigné(e)  M.  Mme .....

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

Fait à : .....

Let  $\mathbf{z} = \mathbf{z}_1 \cup \mathbf{z}_2 \cup \dots \cup \mathbf{z}_n$

*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