

**ASSOCIATION SMITH MAGENIS 17 France**

**QUESTIONNAIRE 2017**

**Pour répertorier les professionnels (généticiens, pédiatres, neuro pédiatres, psychiatres, neurologues, orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ophtalmologues, ORL, tous spécialistes, généralistes… qui accompagnent nos enfants et disposer ainsi d’un outil territorial d’information et d’orientation pour les familles, nous vous proposons de remplir le formulaire suivant :**

1. **IDENTIFICATION DU TERRITOIRE OU EST SUIVI VOTRE ENFANT**
* **Région**

**……………………………………….**

* **Département**

**………………………………………..**

* **Commune (avec code postal)**

**…………………………………………**

1. **STRUCTURE / PROFESSIONNEL QUI ASSURENT LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE ENFANT**
* **Etablissement hospitalier / Nom(s) et qualité(s) du**

**(des) praticien(s)**

**………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....**

* **Centre de référence / Nom(s) et qualité(s) du**

**(des) praticien(s)**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

* **Centre de compétence / Nom(s) et qualité(s) du**

**(des) praticien(s)**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**

* **Cabinet libéral / Nom(s) et qualité(s) du**

**(des) praticien(s)**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

* **IME – IMPRO - Foyer de vie – FAM – ESAT / Nom(s) et qualité(s) du (des) praticien(s)**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

1. **AUTRES STRUCTURES / AUTRES PRATICIENS**

**………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

1. **OBSERVATIONS / SGGESTIONS / DEMANDES**

**…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………….………..…………………………………………………………………….........................................................................................................................................**

**NOM ET PRENOM DE VOTRE ENFANT…………………………………………….**

 **AGE DE VOTRE ENFANT………………………………………………………………**

**MERCI d’avoir pris le temps de renseigner ce formulaire.**

**Les réponses seront répertoriées et diffusées.**

*A remettre ou à renvoyer à*

*michele.auzias@gmail.com*