

**A remplir par le médecin traitant (obligatoirement un médecin généraliste)**

Je soussigné, docteur en médecine, prescris une évaluation psychologique et pédopsychiatrique avec rédaction du dossier et du rapport pour :

**NOM :** ..... **PRENOM :** ..... **DN :** / /

Motif :

Demande de prise en charge :  Oui  Non

Adresse e-mail : .....@.....

Date : .....

Cachet

Signature :