

E.T.A.P.

Etablissement Thérapeutique pour Adolescents à Pons

OBLIGATION DE COCHER UN SEUL CHOIX D'HOSPITALISATION

DEMANDE D'ADMISSION

HOSPITALISATION COMPLETE **OU** HOPITAL DE JOUR A TEMPS PARTIEL

JOINDRE IMPERATIVEMENT

HOSPITALISATION COMPLETE

Hôpital De Jour à Temps Partiel

- Le courrier de demande motivée du psychiatre
- Les comptes rendus d'hospitalisation
- WISC OBLIGATOIRE**
- Autres bilans
- La fiche sanitaire (ci-jointe)
- Les bulletins scolaires des deux dernières années
- 1 photo d'identité
- 6 timbres postaux au tarif en vigueur
- Attestation sécurité sociale et mutuelle en cours de validité
- Copie des cartes d'identité des représentants légaux et du patient
- Copie du livret de famille
- Carte de vaccination et/ou carnet de santé

- Le courrier de demande motivée du médecin
- Les comptes rendus d'hospitalisation
- Evaluations psychologiques (si déjà réalisées)
- La fiche sanitaire (ci-jointe)
- Les bulletins scolaires
- 1 photo d'identité
- 6 timbres postaux au tarif en vigueur
- Attestation sécurité sociale et mutuelle en cours de validité
- Copie des cartes d'identité des représentants légaux et du patient
- Copie du livret de famille
- Carte de vaccination et/ou carnet de santé

Le contenu de ce dossier sera consulté par des personnes astreintes au secret médical.

L'étude du dossier ne pourra se faire qu'après réception de l'ensemble des pièces constitutives du dossier.

Dossier à adresser à :

E.T.A.P. – ASSOCIATION RENOVATION

28, Cours Jules Ferry

17800 PONS

Tél : 05.46.94.78.06 – Mail : etap@renovation.asso.fr

ETAT CIVIL DU PATIENT

Nom :
 Prénom :
 Sexe : Masculin Féminin
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 Nationalité :
 Adresse :

 Tél portable du patient :

COORDONNEES DU MEDECIN ADRESSEUR

Nom :
 Adresse :

 Téléphone :

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom :
 Adresse :

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Les coordonnées des deux parents sont indispensables

En cas de séparation, joindre la copie du jugement du JAF ou du jugement de divorce.

L'enfant vit chez ses parents son parent 1 son parent 2 autre*

*Précisez :

Parent 1 : Nom, prénom : Adresse : Tél domicile : portable : Adresse mail : Date de naissance : Situation familiale : Profession : Détenteur de l'autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Parent 2 : Nom, prénom : Adresse : Tél domicile : portable : Adresse mail : Date de naissance : Situation familiale : Profession : Détenteur de l'autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
--	--

Fratrie + dates de naissance

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRISE EN CHARGE SECURITE SOCIALE

Joindre obligatoirement la copie de l'attestation d'assurance maladie et de la mutuelle en cours de validité.

Numéro de sécurité sociale :

/ / / / /

Nom et adresse du centre de gestion :

.....

- ALD (prise en charge 100 %) : OUI NON

Si oui, date :

Nom et adresse Mutuelle :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Y a-t-il un dossier MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ?

→ Validé : OUI NON → en cours : OUI NON

N° identifiant :

Si oui : AESH Date :

Orientation (ULIS, ...) Date :

Autre (précisez) : Date :

.....

Joindre la copie des notifications

Le patient bénéficie-t-il d'un suivi éducatif (AEMO – AED...) ? OUI NON

Si oui précisez :

Coordonnées du service éducatif et nom du référent :

.....

.....

Joindre la copie des décisions d'accompagnement éducatif

SCOLARITE

Type de scolarité actuelle : Collège Lycée CNED
 Autres (précisez)

Dernière classe fréquentée :

Derniers examens obtenus :

Temps scolarisation : temps plein temps partiel

En cas d'interruption de la scolarité, préciser la date et le motif :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Joindre les comptes rendus PAI (Projet Accueil Individualisé) ou autre projet de scolarité adaptée

PROJET SCOLAIRE OU FORMATION PROFESSIONNELLE ENVISAGES

.....
.....
.....
.....
.....