



CLINIQUE DU ROUSSILLON

287-289 avenue Maréchal Joffre 66000 PERPIGNAN

Accueil clinique : 04 68 34 64 63

secretairehdj.roussillon@emeis.com

DOSSIER D'ADMISSION

HÔPITAL DE JOUR DE PÉDOPSYCHIATRIE



A retourner renseigné, à l'attention du secrétariat de l'hôpital de jour de pédopsychiatrie,
à votre convenance par mail, courrier ou dépôt sur site à l'accueil de la clinique.

VOLET ADMINISTRATIF (à remplir par les parents / tuteurs)

Date de la demande :

Adressé(e) par le Docteur (ou autre, précisez) : Tél :

ENFANT Nom : Prénom : Né(e) le à Adresse : Code Postal : Ville : Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	COUVERTURE SOCIALE N° SS : Caisse : CMU : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ALD 100% jusqu'à : MUTUELLE : N° Adhérent :
PÈRE / MÈRE Nom, Prénom : Nom de jeune fille : Adresse : Code Postal : Ville : Téléphone : Mail : Situation familiale : Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	PÈRE / MÈRE Nom, Prénom : Nom de jeune fille : Adresse : Code Postal : Ville : Téléphone : Mail : Situation familiale : Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
MÉDECIN TRAITANT Nom, Prénom : Adresse : Code Postal : Ville : Téléphone :	MÉDECIN PSYCHIATRE Nom, Prénom : Adresse : Code Postal : Ville : Téléphone :
ÉCOLE Nom : Ville : Téléphone :	AUTRES PROFESSIONNELS Nom : Métier : Téléphone :
AUTRES PROFESSIONNELS Nom : Métier :	En cas de séparation des parents ou de délégation d'autorité parentale ou de tutelle, joindre une



CLINIQUE DU ROUSSILLON

287-289 avenue Maréchal Joffre 66000 PERPIGNAN

☎ Accueil clinique : 04 68 34 64 63

secretairehdj.roussillon@emeis.com

DOSSIER D'ADMISSION

HÔPITAL DE JOUR DE PÉDOPSYCHIATRIE



*A retourner renseigné, à l'attention du secrétariat de l'hôpital de jour de pédopsychiatrie,
à votre convenance par mail, courrier ou dépôt sur site à l'accueil de la clinique.*

Téléphone :	photocopie du jugement attestant de modalités d'exercice de l'autorité parentale.
-------------------	---

VOLET CLINIQUE (à remplir par le professionnel adresseur)

Nom : Prénom : Qualité :

Difficulté motivant la demande :

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

Motif de l'entrée :

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

Antécédent(s) :

PERSONNEL(S) DE L'ENFANT	FAMILIAL(AUX)
.....
.....
.....
.....

Etat clinique actuel (dont troubles du comportement, autonomie) :

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



CLINIQUE DU ROUSSILLON

287-289 avenue Maréchal Joffre 66000 PERPIGNAN

☎ Accueil clinique : 04 68 34 64 63

secretairehdj.roussillon@emeis.com

DOSSIER D'ADMISSION

HÔPITAL DE JOUR DE PÉDOPSYCHIATRIE

*A retourner renseigné, à l'attention du secrétariat de l'hôpital de jour de pédopsychiatrie,
à votre convenance par mail, courrier ou dépôt sur site à l'accueil de la clinique.*

A, le

Nom, Prénom, Qualité

Signature :





CLINIQUE DU ROUSSILLON

287-289 avenue Maréchal Joffre 66000 PERPIGNAN

☎ Accueil clinique : 04 68 34 64 63

secretairehdj.roussillon@emeis.com

DOSSIER D'ADMISSION

HÔPITAL DE JOUR DE PÉDOPSYCHIATRIE



A retourner renseigné, à l'attention du secrétariat de l'hôpital de jour de pédopsychiatrie,
à votre convenance par mail, courrier ou dépôt sur site à l'accueil de la clinique.

VOLET MÉDICAL SOMATIQUE (à remplir par le médecin traitant de l'enfant)

Nom :	Prénom :	Né(e) le :
Poids :	Taille :	IMC :
Vaccination tétonas à jour : : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, merci d'effectuer le vaccin ou le rappel avant l'admission en HDJ.		

PROBLEMATIQUES SOMATIQUES (actuelles et passées) <i>(Dont handicap(s) sensoriel(s))</i>	TRAITEMENT ACTUEL
.....
ALLERGIES CONNUES OU INTOLÉRANCES <i>(Médicamenteuses, alimentaires, ...)</i>	RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER
.....

CERTIFICAT D'APTITUDE A LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS CORPORELLES

Je soussigné(e), Dr, certifie que l'état de santé de M/Mme est compatible avec la pratique d'une activité physique de type marche, gymnastique douce ou activité aquatique.

Fait à
Le



CLINIQUE DU ROUSSILLON

287-289 avenue Maréchal Joffre 66000 PERPIGNAN

☎ Accueil clinique : 04 68 34 64 63

secretairehdj.roussillon@emeis.com

DOSSIER D'ADMISSION

HÔPITAL DE JOUR DE PÉDOPSYCHIATRIE

*A retourner renseigné, à l'attention du secrétariat de l'hôpital de jour de pédopsychiatrie,
à votre convenance par mail, courrier ou dépôt sur site à l'accueil de la clinique.*

Signature :



JOINDRE LA DERNIÈRE ORDONNANCE





CLINIQUE DU ROUSSILLON

287-289 avenue Maréchal Joffre 66000 PERPIGNAN

☎ Accueil clinique : 04 68 34 64 63

secretairehdj.roussillon@emeis.com

DOSSIER D'ADMISSION

HÔPITAL DE JOUR DE PÉDOPSYCHIATRIE



*A retourner renseigné, à l'attention du secrétariat de l'hôpital de jour de pédopsychiatrie,
à votre convenance par mail, courrier ou dépôt sur site à l'accueil de la clinique.*

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

Nom :	Prénom :	Né(e) le :
-------------	----------------	------------------

- Carte d'identité de l'enfant **recto verso**
- Carte d'identité des parents **recto verso**
- Carte vitale et son attestation
- Carte de mutuelle **recto verso** ou attestation CMU
- Livret de famille
- Décision de justice attestant de l'autorité parentale et/ou des modalités d'hébergement le cas échéant
- Formulaire de consentement des parents (un consentement à compléter par la mère et un par le père)
- Carnet de santé
- Bilans (orthophoniste, psychologue, psychomotricien, ou autre...)
- Attestation de responsabilité civile
- Ordonnance du traitement en cours

A....., le

Signature :