

MOTIF DE LA DEMANDE

☐ Hospitalisation Complète ☐ Hospitalisation de Jour à partir de 12 ans

COORDONNÉES DU PATIENT ADRESSÉ PAR VOS SOINS

Sexe : ☐ F ☐ H
Prénom : Nom :
Lieu de naissance : Date de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville :
N° de Sécurité sociale :
Nom de la mutuelle : N° adhérent :
Téléphone : Portable :
Mail :

SCOLARITÉ

Etablissement scolaire :
Adresse :
Téléphone :

COORDONNÉES DU PÈRE

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Mail :

COORDONNÉES DE LA MÈRE

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Mail :

COORDONNÉES DU RÉFÉRENT ASE

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Mail :

COORDONNÉES DE LA FAMILLE D'ACCUEIL / MECS

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Mail :

Clinique Marigny

2, rue du Treil
31140 SAINT-LOUP CAMMAS
Tél. : 05 62 22 98 33 (HC)
Fax : 05 61 35 02 82
admission4.marigny@emeis.com
Pour les professionnels bénéficiant
d'une adresse MSSanté :
admission4.marigny@emeis.mssante.fr

**ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS
CONFIDENTIELS**

HDJ
Tél. : 05 62 22 91 77
admission2.marigny@emeis.com

COORDONNÉES DE L'ASSISTANTE SOCIALE

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Mail :

COORDONNÉES DE LA PSYCHOLOGUE

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Mail :

COORDONNÉES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Mail :

COORDONNÉES DU PSYCHIATRE

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Mail :

Autre professionnel :
.....
.....
.....

Merci de bien vouloir joindre à la demande d'admission un courrier médical détaillant l'indication, ainsi que l'ordonnance et les comptes rendus médicaux pertinents.
Sans courrier, aucune demande ne sera traitée.

CACHET DU MÉDECIN :

Obligatoire si envoi par fax/courrier.
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

**ENVOYEZ VOTRE DEMANDE
AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS**
Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 05 62 22 98 33 (HC) / 05 62 22 91 77 (HDJ)
Fax : 05 61 35 02 82
admission4.marigny@emeis.com (HC)
admission2.marigny@emeis.com (HDJ)

Pour les professionnels bénéficiant d'une adresse MSSanté :
admission4.marigny@emeis.mssante.fr

Les données de santé collectées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique sécurisé par la Clinique.
Ce traitement a pour finalité la gestion des demandes de préadmission réalisées par mail par un personnel de santé
pour le compte de son patient: il est fondé sur le consentement du demandeur et de son patient. Les destinataires
de ces données sont le personnel habilité de la Clinique et du siège du Groupe emeis.