

Date de la demande :

||_|_|_|_|_|_|_|_|

DEMANDE D'ADMISSION

Clinique du Pôle Ado

2 bis, place Boileau • 91560 Crosne
Tél. : 01 69 49 67 20 • Fax : 01 69 49 79 74
E-mail : poleado@emeis.com

CLINIQUE DU PÔLE ADO

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

- Hospitalisation Complète Appartements thérapeutiques Hôpital de jour

Coordonnées du patient adressé par vos soins

Sexe : F H

Prénom :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_|

Ville :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail :

Nom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Âge :

Coordonnées du/des médecin(s)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre Médecin généraliste

Autre, préciser :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail :

Si vous n'êtes pas le médecin traitant,
coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail :

Couverture sociale

Nom de l'assuré :

- CPAM RSI MSA MGEN SMEREP

N° d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Autre, préciser :

Assurance complémentaire :

Nom de la mutuelle :

N° adhérent :

Téléphone :

Coordonnées des parents / représentants légaux

Parent 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_|

Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail :

Parent 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_|

Téléphone portable :: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail :

Protection juridique

- Tutelle Curatelle Autre, préciser :

Nom et coordonnées :

Suivi éducatif

- AEMO Notification de placement Autre,
préciser :

Un établissement



