

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande, nous vous indiquons ci-dessous la liste des éléments nécessaires à la constitution de dossier d'admission de votre enfant.

- ❖ **La demande d'admission complétée avec l'aide de votre médecin**
- ❖ **Une lettre expliquant vos motivations**
- ❖ **Une lettre rédigée par votre enfant, expliquant ses motivations**
- ❖ **Les traitements en cours (copie de l'ordonnance actuelle)**
- ❖ **Photocopie du carnet de santé (les pages du suivi remplies par votre médecin, ainsi que les pages de vaccination)**
- ❖ **Une entente préalable est à compléter par votre médecin traitant, puis à adresser au médecin conseil de votre caisse d'assurance maladie.**

Après l'examen de l'ensemble de ces documents par la commission médicale, une réponse vous sera communiquée dans un délai de 15 jours.

## DEMANDE D'ADMISSION

PROVENANCE DE LA DEMANDE REGION BOURGOGNE  AUTRE REGION

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe : <input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> H	Adresse : ..... ..... ..... Email : ..... Téléphone : .....
--	---

<b>PARENTS</b>	
Situation : <input type="checkbox"/> Mariés/Pacsés - <input type="checkbox"/> Divorcés - <input type="checkbox"/> Séparés - <input type="checkbox"/> Veuf(ve) - <input type="checkbox"/> Famille mono-parentale	
<b>Renseignements responsable légal 1 :</b>	<b>Renseignements responsable légal 2 :</b>
Madame, Monsieur : .....	Madame, Monsieur : .....
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Né(e) : .....	Né(e) le : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
.....	.....
Profession : .....	Profession : .....
Tél. Domicile : .....	Tél. Domicile : .....
Tél. Portable : .....	Tél. Portable : .....
Tél. Professionnel : .....	Tél. Professionnel : .....
Titulaire de l'autorité parentale :	Titulaire de l'autorité parentale :
<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON

**MESURE EDUCATIVE :  OUI /  NON**

Si oui :     AEMO         AED             Assistante Sociale         Autre

Depuis quelle date ? : .....

Pour quels motif(s) ? : .....

Nom-prénom et coordonnées de l'éducateur référent : .....

.....

.....

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE**

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Classe : ..... Langue(s) : ..... Option(s) : .....

**Avez-vous accès aux cours et devoirs à distance (internet) ?  OUI /  NON**

Si OUI, merci de préciser comment : .....

.....

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Organisme de prise en charge : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Caisse complémentaire (mutuelle) : .....

N° adhérent : ..... Montant de prise en charge de la chambre individuelle : .....

**A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN**

Poids : ..... Taille : ..... IMC : ..... Age : .....

Poids de naissance : ..... Poids au terme : ..... Taille de naissance : .....

Partie réservée  
Z score d'IMC :

**ALLERGIES :**

.....  
.....

**ANTECEDENTS MEDICAUX :**

.....  
.....

**ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :**

.....  
.....

**ANTECEDENTS FAMILIAUX (Principalement facteurs de risques cardiovasculaires) :**

.....  
.....

**TRAITEMENTS EN COURS (Joindre la photocopie de l'ordonnance en cours) :**

.....  
.....

**EVENTUELS TRAITEMENTS ANTERIEURS :**

.....  
.....

**SUIVIS SPECIALISES (merci de préciser les dates de suivi et les noms des intervenants) :**

- Médecin nutritionniste ou endocrinologue : .....
- Psychiatre : .....
- Diététicien(ne) : .....
- Psychologue : .....
- Kinésithérapeute : .....

**ADRESSE COMPLETE ET TELEPHONE DU MEDECIN :**

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

Signature et cachet du médecin

En vous remerciant pour votre concours, nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire au 03 74 82 71 00