

 <p>une institution de référence pour la santé des adolescent·e·s et des jeunes adultes</p>	<p align="center">FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS POUR DEMANDE D'ADMISSION</p>	<p align="center">PEC-FOR</p>
<p align="center">Clinique FSEF Vence</p>		<p align="center">003</p>
<p>Liens thématiques HAS :</p>	<p>2.1.03 – La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée au sein de l'équipe</p>	<p align="center">Page 1 sur 2</p>

Etiquette du patient

Nom du patient :

Prénom du patient :

Date de naissance :/...../..... ☐ Mineur ☐ Majeur

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse du patient :

.....

Téléphone du patient : ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____

Dernière classe fréquentée : Année :

☐ Fille ; ☐ Fils de :

Père (Nom et Prénom) :

Profession :

Adresse du père :

Téléphone : ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____

Adresse mail :@.....

Mère (Nom et Prénom) :

Profession :

Adresse de la mère :

Téléphone : ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____

Adresse mail :@.....

Détenteur de l'autorité parentale ou tutorale :

- ☐ Père
- ☐ Mère
- ☐ Père et Mère
- ☐ Autre : (Nom et Prénom : ; Qualité :
Adresse :
Adresse mail :@.....

Situation des parents (mère et père de l'enfant) :

- ☐ Mariés
- ☐ Séparés¹
- ☐ Divorcés¹
- ☐ Autre :

⁽¹⁾En cas de séparation ou de divorce, joindre obligatoirement l'attestation d'autorité parentale)

 <div> <div>une institution de référence pour la santé des adolescent·e·s et des jeunes adultes</div> </div>	<div>FICHE DE RENSEIGNEMENTS</div> <div>ADMINISTRATIFS POUR DEMANDE</div> <div>D'ADMISSION</div>	<div>PEC-FOR</div>
<div>Clinique FSEF Vence</div>		<div>003</div>
<div>Liens thématiques HAS :</div>	<div>2.1.03 – La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée au sein de l'équipe</div>	<div>Page 2 sur 2</div>

Fratrie (frère, sœur, demi-frère et demi-sœur) :

Nom et Prénom de l'enfant	Age	Situation actuelle

Un service social suit-il le patient ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, Nom de l'Assistant(e) social(e) :

Organisme :

Adresse :

Adresse mail :@.....

Téléphone : ____ _

Le patient fait-il l'objet d'une mesure éducative ? ☐ Oui ☐ Non

☐ AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert) ☐ AED (Aide Educative à Domicile)

Si oui, Coordonnées de l'équipe éducative

Nom : Qualité :

Organisme :

Adresse :

Adresse mail :@.....

Téléphone : ____ _

Le patient bénéficie-t-il d'un placement? ☐ Oui (joindre une photocopie Ordonnance de placement) ☐ Non

- ☐ Judiciaire
- ☐ Administratif
- ☐ PAD (Placement A Domicile)

Le patient bénéficie-t-il d'un dossier auprès de l'MDPH (Allocation d'éducation spéciale, Adaptation scolaire, Orientation scolaire...)? ☐ Oui ☐ Non
(Si oui, joindre une photocopie de la notification)

Médecin désigné par le patient :

Nom, prénom :

Adresse :

Document rempli le :/...../..... par :