

PROCEDURE ADMISSION

FORMULAIRE AUTORISATION D'HOSPITALISATION D'UN MINEUR

FE : **0133**
Version **1**
(PO n° 0120)

	Responsable légal 1 <input type="checkbox"/>	Responsable légal 2 (En cas d'autorité parentale conjointe) <input type="checkbox"/>	Cadre administratif rédigeant la demande sur déclaration orale du responsable légal dans l'impossibilité d'écrire : <input type="checkbox"/>
Qualité :	Père : <input type="checkbox"/> Mère : <input type="checkbox"/> Tuteur : <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/>	Père : <input type="checkbox"/> Mère : <input type="checkbox"/>	
Nom :			
Prénom			
Adresse			
Carte identité*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tél domicile			
Tél travail			
Portable			
Mail			

Demandons l'admission au CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN, avenue de Marboz – 01012 BOURG EN BRESSE l'hospitalisation le :/...../..... de :

Nom	
Prénom	
Adresse	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Tel domicile	
Tel portable	
Carte identité*	<input type="checkbox"/>
Caisse sécurité sociale * N° d'affiliation	
Mutuelle complémentaire*	
AEEH* (Allocation Education Enfant Handicapé)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Livret de famille*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON : Si Non, merci de nous le transmettre par mail à gap@cpa01.fr
Ordonnance du tribunal pour enfant*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date :

** Merci de fournir une copie des justificatifs*

Personnes autorisées à venir chercher le Mineur pour permission ou sortie

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tel :	Tel :
Lien de parenté :	Lien de parenté :

Donnons l'autorisation de mettre en œuvre : traitements, examens, interventions chirurgicales, anesthésie générale, que nécessite son état de santé (cf article R.1112-35 du Code de santé publique).

Donnons l'autorisation à la participation de l'enfant à toutes les activités scolaires, récréatives, sportives qui auraient lieu dans le cadre de l'établissement, si son état de santé le permet.

Je reconnais avoir reçu l'information concernant les conditions de facturation de la chambre particulière, dans la limite de ma prise en charge mutuelle et dans la mesure où j'en bénéficie.

Fait à Bourg-en-Bresse le

Signatures

Responsable légal 1

Responsable légal 2

(Autre :
(S'engage à en informer le responsable légal)

Ce document doit impérativement être signé par le ou les titulaire(s) de l'autorité parentale et remis à l'établissement le jour de l'admission du Mineur accompagné des copies de documents nécessaires