

# E.T.A.P.

Etablissement Thérapeutique pour Adolescents à Pons

**OBLIGATION DE COCHER UN SEUL CHOIX D'HOSPITALISATION**

## **DEMANDE D'ADMISSION**

HOSPITALISATION COMPLETE

**OU**

HOPITAL DE JOUR A TEMPS PARTIEL

### **JOINDRE IMPERATIVEMENT**

#### **HOSPITALISATION COMPLETE**

- Le courrier de demande motivée du psychiatre**
- Les comptes rendus d'hospitalisation**
- WISC OBLIGATOIRE**
- La fiche sanitaire (ci-jointe)**
- Autres bilans**
- Le jugement JAF**
- notification MDPH**
- Les bulletins scolaires des deux dernières années**
- 1 photo d'identité**
- 6 timbres postaux au tarif en vigueur**
- Attestation sécurité sociale et mutuelle en cours de validité**
- Copie des cartes d'identité des représentants légaux et du patient**
- Copie du livret de famille**
- Carte de vaccination et/ou carnet de santé**
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile**

#### **HOPITAL DE JOUR A TEMPS PARTIEL**

- Le courrier de demande motivée du médecin**
- Les comptes rendus d'hospitalisation**
- Evaluations psychologiques (si déjà réalisées)**
- La fiche sanitaire (ci-jointe)**
- Le jugement JAF**
- notification MDPH**
- Les bulletins scolaires**
- 1 photo d'identité**
- 6 timbres postaux au tarif en vigueur**
- Attestation sécurité sociale et mutuelle en cours de validité**
- Copie des cartes d'identité des représentants légaux et du patient**
- Copie du livret de famille**
- Carte de vaccination et/ou carnet de santé**
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile**

**Dossier COMPLET adressé EXCLUSIVEMENT  
par un médecin ou un service hospitalier à :**

**E.T.A.P. – ASSOCIATION RENOVATION**

28, Cours Jules Ferry

17800 PONS

Tél : 05.46.94.78.06 – Mail : [etap@renovation.asso.fr](mailto:etap@renovation.asso.fr)

Le contenu de ce dossier sera consulté par des personnes astreintes au secret médical.

**L'étude du dossier ne pourra se faire qu'après réception de l'ensemble des pièces  
constitutives du dossier.**

**ETAT CIVIL DU PATIENT**

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Sexe :  Masculin       Féminin  
 Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
 Nationalité : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 .....  
 Tél portable du patient : ..... Adresse mail : .....

**COORDONNEES DU MEDECIN ADRESSEUR**

Nom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Téléphone : .....

**COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT**

Nom : .....  
 Adresse : .....  
 .....

**RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX**

*Les coordonnées des deux parents sont indispensables*

*En cas de séparation, joindre la copie du jugement du JAF ou du jugement de divorce.*

L'enfant vit chez       ses parents       son parent 1       son parent 2       autre\*

\*Précisez : .....

Parent 1 : ..... Nom, prénom : ..... Adresse : ..... ..... Tél domicile : ..... portable : ..... Adresse mail : ..... Date de naissance : ..... Situation familiale : ..... Profession : ..... Détenteur de l'autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Personne à prévenir : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Parent 2 : ..... Nom, prénom : ..... Adresse : ..... ..... Tél domicile : ..... portable : ..... Adresse mail : ..... Date de naissance : ..... Situation familiale : ..... Profession : ..... Détenteur de l'autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Personne à prévenir : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---	---

Fratrie + dates de naissance

.....  .....

.....  .....

**PRISE EN CHARGE SECURITE SOCIALE**

*Joindre obligatoirement la copie de l'attestation d'assurance maladie et de la mutuelle en cours de validité.*

Numéro de sécurité sociale :

\_ / \_ / \_ / \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Nom et adresse du centre de gestion :

.....

- ALD (prise en charge 100 %) :  OUI  NON

Si oui, date : .....

Nom et adresse Mutuelle : .....

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

Y a-t-il un dossier MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ?

→ Validé : OUI  NON  → en cours : OUI  NON

N° identifiant : .....

Si oui :  AESH Date : .....

Orientation (ULIS, ...) Date : .....

Autre (précisez) : Date : .....

.....

*Joindre la copie des notifications*

Le patient bénéficie-t-il d'un suivi éducatif (AEMO – AED...) ? OUI  NON

Si oui précisez : .....

Coordonnées du service éducatif et nom du référent :

.....

.....

*Joindre la copie des décisions d'accompagnement éducatif*

**SCOLARITE**

---

Type de scolarité actuelle :  Collège  Lycée  CNED  
 Autres (précisez)

Dernière classe fréquentée : .....

Derniers examens obtenus : .....

Temps scolarisation :  temps plein  temps partiel

En cas d'interruption de la scolarité, préciser la date et le motif :

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

***Joindre les comptes rendus PAI (Projet Accueil Individualisé) ou autre projet de scolarité adaptée***

**PROJET SCOLAIRE OU FORMATION PROFESSIONNELLE ENVISAGES**

---

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

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

E.T.A.P. – 28, Cours Jules Ferry – 17800 PONS

### 1. L'ADOLESCENT

NOM : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Sexe : .....

Date d'entrée à l'E.T.A.P. : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'adolescent sans avoir à utiliser son carnet de santé.

### 2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'adolescent)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéoles-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

Les vaccins obligatoires doivent être à jour à l'entrée du jeune dans l'établissement. Si l'adolescent n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

**Attention** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**Nom et Cachet du médecin :**

### 3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ADOLESCENT

L'adolescent suit-il un traitement médical lors de son arrivée à l'E.T.A.P. ?

Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'adolescent a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<i>Rubéole</i> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<i>Varicelle</i> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<i>Angine</i> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<i>Rhumatisme articulaire aigu</i> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<i>Scarlatine</i> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>Coqueluche</i> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<i>Otite</i> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<i>Rougeole</i> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<i>Oreillons</i> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	



**Allergies :**

Asthme            Oui  Non

Médicamenteuses : Oui  Non

Alimentaires : Oui  Non

Autres :            Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

Indiquez ci-après les contres indications alimentaires (s'il y en a)

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

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, des prothèses auditives, etc...  
Précisez.

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

**5. RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) DE L'ADOLESCENT**

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél : .....

Nom et coordonnées du médecin traitant: .....

.....

Date :

Signature :