

2 rue des Tours Bénites
 B.P. 107 - 39110 SALINS LES BAINS
 salins.ug-bfc@ugecam.assurance-maladie.fr
 ☎ 03 84 73 25 21 Secrétariat médical

Photo récente de moins de 3 mois

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Renseignements concernant l'enfant :

NOM	Prénoms	Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>
Né(e) le :	Lieu :	département :	
Adresse (où vit l'enfant)			
Code postal :	Ville :		
Téléphone domicile :			
Portable de l'enfant :			

Renseignements concernant les parents ou autres responsables légaux :

P <input type="checkbox"/> Monsieur A <input type="checkbox"/> Madame R Nom : E Prénom : N Né(e) le ____/____/____ T à ____ Dépt : ____ Profession : 1	Adresse (si différente)	Téléphone fixe et portable ____/____/____/____/____ Tél travail : ____/____/____/____/____ Email : _____@_____
P <input type="checkbox"/> Monsieur A <input type="checkbox"/> Madame R Nom : E Prénom : N Né(e) le ____/____/____ T à ____ Dépt : ____ Profession : 2	Adresse (si différente)	Téléphone fixe et portable ____/____/____/____/____ Tél travail : ____/____/____/____/____ Email : _____@_____
Autre personne à prévenir (Nom- prénom – lien de parenté)	Adresse	Téléphone fixe et portable ____/____/____/____/____ ____/____/____/____/____
Si l'enfant est confié à l'Aide Sociale à l'Enfance Nom et prénom du référent :	Lieu d'accueil :	Téléphone fixe et portable ____/____/____/____/____ ____/____/____/____/____

Situation familiale :

<input type="checkbox"/> parents en couple	<input type="checkbox"/> parent isolé
<input type="checkbox"/> parents séparés date ____/____/____	<input type="checkbox"/> parents divorcés date ____/____/____
<input type="checkbox"/> parent veuf / veuve date ____/____/____	

Garde principale : - parent 1 : - parent 2 : - alternée : - partagée : précisez

Autorité parentale partagée OUI NON (si vous cochez non, veuillez fournir le jugement d'autorité parentale)

Frères et sœurs : OUI NON Nombre :

Accompagnement éducatif et social :

Accompagnement éducatif et social :	Nom(s) / Adresse(s)	Téléphone
<input type="checkbox"/> ASE / PEC <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> AEMO <input type="checkbox"/> PJJ <input type="checkbox"/> PEAD <input type="checkbox"/> Assistante sociale de secteur <input type="checkbox"/> Mesure de protection juridique		/ /

Scolarité :

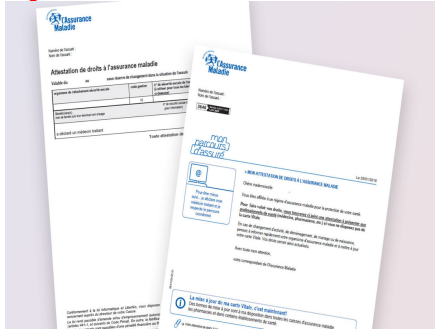
Classe :

Redoublement ? : OUI NON Si Oui, quelle classe :

Mode de scolarisation : Classique CNED IME* SEGPA * ULIS * SESSAD * Autres, précisez :

*En cas d'orientation par la MDPH, merci de fournir une copie des orientations scolaires

SECURITE SOCIALE

NOM de l'assuré :	Prénom :	<p>Joindre photocopie de l'attestation de votre organisme d'assurance maladie</p> 
N° matricule de S.S		
Adresse CPAM ou autre régime obligatoire	Code d'affiliation de votre organisme :	

MUTUELLE OU CMU COMPLEMENTAIRE (code discipline de notre établissement : 624 hospitalisation complète/ 625 hospitalisation de jour)

NOM MUTUELLE :	Adresse de la Mutuelle	<p>Joindre photocopie de votre carte mutuelle recto/verso</p>
	Numéro de téléphone de la Mutuelle :	
NOM de l'adhérent :	Numéro adhérent	

POINT DE VUE DES PARENTS *

*Ou des personnes détenant l'autorité parentale

Y a-t-il eu des événements marquants dans votre vie familiale ? (maladie grave, hospitalisation, décès, déménagement, séparation, difficultés économiques ou autres....) :

.....

.....

Avez-vous observé des effets sur l'enfant :

.....

.....

L'enfant a-t-il subi personnellement des traumatismes physiques et/ou psychologiques ?

.....

.....

En tant que parents, y a-t-il des comportements ou des réactions de votre enfant qui vous interpellent ou à l'origine de conflit ?

.....

.....

Consommations diverses :

Tabac	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Réseaux sociaux	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, nb cigarettes/ j =		Si oui, temps /j =	
Ecran	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Jeux vidéo	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, temps/ j =		Si oui, temps/ j =	
Alcool	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Autres :			

DATE :

Signature parent 1 :

Signature parent 2 :

En cas d'impossibilité de signature d'un des deux parents, une annexe est jointe au dossier. Elle permet de recueillir l'accord du second parent.

ESPACE D'EXPRESSION : LETTRE OU DESSIN DE L'ENFANT

En quelques lignes sur papier libre ou en répondant aux questions ci-dessous.

Comment vis-tu ton surpoids ou ton obésité ?

Et d'une manière générale : Entoure le smiley ET si tu le peux, explique-nous ce que tu ressens :

Comment te sens-tu dans tes relations avec ta famille ?
 Avec tes amis ?

.....

.....

.....

.....

.....

Comment te sens-tu à l'école ?

.....

.....

.....

.....

.....

Que penses-tu du regard des autres sur toi ?

.....

.....

.....

.....

.....

Aimes-tu faire du sport, de l'activité physique, des activités créatives ou autres ?

.....

.....

.....

.....

.....

Que fais-tu de ton temps libre ?

.....

.....

.....

.....

As-tu envie d'être aidé par nos professionnels ?

As-tu des idées pour cela ?

.....

.....

.....

.....

As-tu des inquiétudes ou craintes particulières ?

.....

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
(A remplir exclusivement par votre médecin)

2 rue des Tours Bénites - 39110 SALINS LES BAINS

☎ 03 84 73 25 21 Secrétariat médical

Nom :	Prénom :	Né(e) le :
Antécédents personnels :		
Naissance poids :	Taille :	Terme :
Antécédents médicaux :		
Allergies :		
Antécédents chirurgicaux :		
Traitements suivis (actuel et antérieurs) :		

Antécédents familiaux :		Obésité	Diabète	Hypercholestérolémie	Hypertension	Problèmes cardio-vasculaires prématurés
Père	Taille : Poids :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Mère	Taille : Poids :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Surpoids dans la fratrie :						

MECSS LA BELINE

Joindre les bilans effectués cliniques ou biologiques

Prise en charge actuelle et/ou antérieure :

		NOM du professionnel	Période de suivi
Par un Pédiatre :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		
Par un Endocrinologue :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		
Par un Médecin généraliste :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		
Par un Diététicien :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		
Par un Psychologue :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		
Par un Psychiatre :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		
Autres :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		

TABLEAU DE CORPULENCE

A compléter ou donner une copie des courbes poids/taille (IMC)

Date	Age	Poids (en kg)	Taille (en cm)	Date	Age	Poids (en kg)	Taille (en cm)
	Entre 1 et 2 ans				Entre 10 et 11 ans		
	Entre 3 et 4 ans				Entre 12 et 13 ans		
	Entre 4 et 5 ans				Entre 13 et 14 ans		
	6 ans				Entre 14 et 15 ans		
	Entre 8 et 9 ans				Entre 16 et 17 ans		

NOM PRENOM DE L'ENFANT :

Dossier admission - dernière mise à jour Novembre 2023.

Examen clinique :					
Date :	Poids :		Taille :	IMC (kg/m ²) : Z-score :	
Stade pubertaire :	P :	A :	S :	G :	
Age des premières règles :			Troubles des règles :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Si oui (précisez) :					
Tension artérielle :					
Complication :					
Respiratoire :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Précisez :		
Métabolique :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Précisez :		
Locomotrice et articulaire :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Précisez :		
Endocrinienne :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Précisez :		
Trouble du sommeil :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Précisez :		
Dermatologique :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Précisez :		
Enurésie :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Précisez :		
Autres :					
Profil psychologique :					
Trouble anxieux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Trouble dépressif	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Trouble du comportement (autre qu'alimentaire)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			
Autre :					

Signature et cachet du Médecin
Date :

ANNEXE 1

Autorisation pour les enfants de parents séparés

Je soussigné (e) :

M

Ou Mme

- Atteste avoir été informé (e) des démarches et de la demande de prise en charge pour mon enfant à La Beline pour son problème de poids.
- Autorise la prise en charge par l'établissement

Fait le :

A :

Lu et approuvé,

Signature