

DEMANDE D'ADMISSION

CLINIQUE MARIGNY

- PATIENT ADOLESCENT -

À remplir uniquement par le médecin adresseur

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS

Motif de la demande

Hospitalisation Complète

Hospitalisation de Jour Jeunes Adultes +15 ans

COORDONNÉES DU PATIENT

Sexe : F H

Prénom : Nom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de Sécurité sociale :

Nom de la mutuelle :

Téléphone :

Portable :

Mail :

SCOLARITÉ :

Etablissement scolaire :

Adresse :

Tel :

COORDONNÉES DU PÈRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

COORDONNÉES DE LA MÈRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

COORDONNÉES DU RÉFÉRENT ASE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

COORDONNÉES DE LA FAMILLE D'ACCUEIL / MECS

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

Clinique Marigny

2, rue du Treil
31140 SAINT-LOUUP CAMMAS
Tél. : 05 62 22 98 50 • Fax : 05 61 35 02 82
E-mail : admission4.marigny@emeis.com

**ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS
CONFIDENTIELS****COORDONNÉES DE L'ASSISTANTE SOCIALE**

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Mail :

COORDONNÉES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Mail :

Autre professionnel :
.....
.....

COORDONNÉES DE LA PSYCHOLOGUE

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Mail :

COORDONNÉES DU PSYCHIATRE

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Mail :

Merci de bien vouloir joindre à la demande d'admission un courrier médical détaillant l'indication, ainsi que l'ordonnance et les comptes rendus médicaux pertinents.

Sans courrier, aucune demande ne sera traitée.

CACHET DU MÉDECIN :

Obligatoire si envoi par fax/courrier.
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

**ENVOYER VOTRE DEMANDE
AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS**

Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 05 62 22 98 50 • Fax : 05 61 35 02 82
E-mail : admission4.marigny@emeis.com