

DR F.-X. POLIS (PÉDOPSYCHIATRE)

DR C. DE WEER (PSYCHIATRE)

MONSIEUR/MADEMOISELLE :

Né(e) le / /

Personnes de contact /proches

Père + numéro de téléphone :

Mère + numéro de téléphone :

Responsable légal + numéro de téléphone :

Frères + numéro de téléphone :

Sœurs + numéro de téléphone :

Autres + numéro de téléphone :

Adresse mail parents :

Données générales relatives au patient

1) Mesure légale/spécifique :

2) Gestion de l'argent de poche :

3) Médecin traitant + numéro de téléphone :

4) Gynécologue + numéro de téléphone :

5) Psychiatre + numéro de téléphone :

6) Psychologue + numéro de téléphone :

7) Autres + numéro de téléphone :

Motif de la demande d'admission

Pathologie(s) active(s) et stade d'évolution (maladies chroniques, allergies, troubles psychiques...)

Scolarité

OUI – NON

Si oui, veuillez indiquer les coordonnées le noms de l'établissement, l'année, l'option et la personne de contact à l'école :

Loisirs et centres d'intérêt

Génogramme

Remarques particulières