

DR F.-X. POLIS (PÉDOPSYCHIATRE)

MONSIEUR/MADEMOISELLE :

Né(e) le / /

---

**Personnes de contact /proches**

Père :

Mère :

Responsable légal :

Frères :

Sœurs :

Autres :

Adresse mail parents :

**Données générales relatives au patient**

1) Mesure légale/spécifique :

2) Gestion de l'argent de poche :

3) Médecin traitant :

4) Gynécologue :

**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 de la personne de contact à l'école :

**Loisirs et centres d'intérêt**

**Génogramme**

**Remarques particulières**

