Formulaire de demande d'accompagnement par
L'HÔPITAL DE JOUR PÉDOPSYCHIATRIQUE
« Les CIGOGNES »

LES DOSSIERS COMPLETS (formulaire + certificat du médecin demandeur)
SERONT TRAITÉS EN ÉQUIPE

En cas de difficultés pour compléter ce formulaire, merci de vous adresser au service demandant l'orientation à l'Hôpital de jour

La demande d'accompagnement concerne :
Admission à l'Hôpital de jour ☐ **Suivi ambulatoire dans le cadre de la réhabilitation psychosociale** ☐
Equipe mobile TAOURET ☐

IDENTIFICATION DE L'ENFANT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE

Nom de naissance : _____
Prénom : _____

Sexe : **Masculin** ☐ **Féminin** ☐
Nationalité : **Française** ☐ **Autre** ☐ _____

Date de naissance : _____
Lieu de naissance : _____

N° de sécurité sociale : _____

ADRESSE ACTUELLE DE L'ENFANT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE

N° : _____ Rue : _____
Complément d'adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____

LES PARENTS

	PARENT 1	PARENT 2
NOM, Prénom		
N° et Rue		
Complément d'adresse		
Code postal, Commune		
Adresse électronique		
Téléphone / Téléphone portable		
Situation maritale (marié, divorcé...)		

REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

Précisez qui détient l'autorité parentale :

Les deux parents		Père		Mère		Autre	

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme : _____

N° : _____ Rue : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone : ____ /____ /____ /____ /____

Adresse électronique : _____

SITUATION FAMILIALE :

FRERES ET SOEURS	NOM Prénom	Date de naissance

L'enfant bénéficie t'il d'une mesure éducative au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui :

Nom Prénom du référent ASE	Agence Solidarité Famille de	Coordonnées / Téléphone

Détail de la mesure :

AED	AEMO	PAD	Autre

SCOLARITÉ :

ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ : _____

CLASSE : _____ **NOM DE L'ENSEIGNANT :** _____

TEMPS DE SCOLARISATION :

COMPLET ☐ **PARTIEL** ☐

PRÉSENCE D'UNE A.E.S.H. :

Oui ☐ **Non** ☐

ACCOMPAGNEMENT ACTUEL DE L'ENFANT :

ÉTABLISSEMENT : _____

MÉDECIN RÉFÉRENT : _____

SOINS ACTUELS DE L'ENFANT :

SOINS	NOM DU PROFESSIONNEL	FRÉQUENCE
ORTHOPHONIE		
PSYCHOMOTRICITÉ		
PSYCHOLOGUE		
AUTRE		

EXPRESSION DES BESOINS ET DIFFICULTÉS DE L'ENFANT ou de L'INQUIÈTUDE DE LA FAMILLE :

Ce paragraphe vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et besoins en relation avec la situation de l'enfant.
Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire de l'Hôpital de jour.

LISTE DES DOCUMENTS À JOINDRE POUR L'ENREGISTREMENT DU DOSSIER :

- ☐ Courrier médical du médecin prescripteur
- ☐ Copie recto verso d'une pièce justificative d'identité de l'enfant concerné.
- ☐ Copie de l'attestation papier de la carte vitale mise à jour *(date de validité de moins de trois mois)*
- ☐ Bilans antérieurs (psychométrie, orthophonie…)

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / _____

SIGNATURES : ***LE(S) REPRÉSENTANT(S) LEGAL (AUX)***

HÔPITAL DE JOUR PÉDOPSYCHIATRIQUE « Les Cigognes », 26 rue Elsa Triolet 21 000 DIJON - tel : 03.80.51.13.18
hopitaldejour.lescigognes@pepcbfc.org

PARTIE À DETACHER ET À REMETTRE À LA FAMILLE

DOSSIER COMPLET REÇU À L'HÔPITAL DE JOUR PÉDOPSYCHIATRIQUE « Les Cigognes » :

DATE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET :

DATE et DÉCISION du MÉDECIN :

Cadre réservé à L'HÔPITAL DE JOUR

VISA DU MÉDECIN ET CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT :

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes règlementaires en vigueur.