

Dossier de demande d'admission

Récapitulatif des documents à retourner obligatoirement pour l'étude de votre demande

Merci de prendre contact avec l'établissement avant de remplir ce dossier pour vérifier les conditions et les délais d'admission.

Nom :

Prénom :

Date de la demande :

Documents à joindre pour la pré-admission

LA PRÉSENCE DE CES DOCUMENTS DANS LA CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER DE CANDIDATURE EST INDISPENSABLE POUR QU'IL PUISSE ÊTRE EXAMINÉ EN COMMISSION D'ADMISSION.

- Fiche de renseignements administratifs jointe à ce dossier et à compléter
- 2 photos d'identité récentes (nom et prénom au verso)
- Une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité
- Pour les mineur.es, une photocopie recto-verso de la pièce d'identité des 2 parents ou autre justificatif d'identité ou livret de famille
- Une attestation de sécurité sociale en cours de validité
- Une photocopie de la notification des 100% en cours de validité le cas échéant et le protocole de soins
- Notification des droits MDPH le cas échéant
- Une photocopie des bulletins scolaires des trois dernières années de scolarité (si la scolarité a été interrompue, merci de joindre les bulletins concernant les dernières années durant lesquelles le jeune était présent en classe).
-
- Copies des relevés de notes (diplôme national du brevet, copie des résultats aux épreuves anticipées de 1^{ère}, Terminale),

Documents à joindre si possible dès la pré-admission

CES DOCUMENTS SERONT NECESSAIRES EN CAS D'ADMISSION

- Une photocopie de votre carte de mutuelle en cours de validité (recto/verso)
- Une attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accident (Assurance Scolaire et Extra-scolaire) en cours de validité
- Document relatif aux aménagements de scolarité (PPS, PAI, PAP,...) le cas échéant
- Décision(s) de justice si séparation des parents (page relative à l'autorité parentale et la résidence habituelle de l'enfant)
- Lettre(s) de liaison à la suite d'une hospitalisation le cas échéant

Dans quelle clinique FSEF souhaitez-vous déposer votre demande ?

NOM :

Prénom :

Nom de naissance et prénom du parent 1 :	Nom de naissance et prénom du parent 2 :
.....
Date de naissance : /__/__/__/__/__/__/__	Date de naissance : /__/__/__/__/__/__/__
Profession :	Profession :
.....
☎ : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__	☎ : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__
.....
Adresse :	Adresse :
.....
.....
@ :	@ :
.....
Situation : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Séparé.e	Situation : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Séparé.e
<input type="checkbox"/> Veuf.ve	<input type="checkbox"/> Veuf.ve
Nom du ou des responsables légaux (si différent) :
.....
Lien et adresse :
.....
Lieu de résidence du patient : <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Personnel	
<input type="checkbox"/> Autres, précisez (+ adresse) :	
.....	
Situation de la fratrie :	
Nom et prénom :	Nom et prénom :
.....
Date de naissance : /__/__/__/__/__/__/__	Date de naissance : /__/__/__/__/__/__/__
.....
Nom et prénom :	Nom et prénom :
.....
Date de naissance : /__/__/__/__/__/__/__	Date de naissance : /__/__/__/__/__/__/__

Renseignements concernant l'assuré(e)

Assuré : <input type="checkbox"/> le demandeur <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Deux parents
<input type="checkbox"/> Autre (Préciser svp)
N° de sécurité Sociale : CPAM de _____
/__/__/__/__/__/__/__/__/__
Mutuelle (nom,)
.....
.....

NOM :

Prénom :

Renseignements socio-éducatifs

Détenteur(s) de l'autorité parentale pour les mineurs :

(cocher la ou les cases concernées) parent 1 parent 2 autre (précisez

Bénéficiez-vous d'une mesure éducative : Oui Non

Type de mesure d'accompagnement éducatif :

Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) Accueil Provisoire de Jeune Majeur (APJM)

Aide éducative à domicile (AED) Autres, précisez :

Date de la mise en place : /__/__/__/__/__/__/ (joindre une copie de la décision)

Nom et prénom du référent éducatif :

Nom et adresse du service :

☎ du service : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection de justice : Oui Non

Type de mesure de protection de justice :

Tutelle Curatelle Tiers digne de confiance Autres, précisez :

Date de la mise en place : /__/__/__/__/__/__/

Nom et prénom du représentant :

Nom et adresse de l'organisme :

☎ de l'organisme : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/

A..... Le.....

Signature obligatoire par les détenteurs de l'autorité parentale

Parent 1

Parent 2

Autre

NOM :

Prénom :

Renseignements médicaux à remplir par le médecin adresseur

Cette partie est à destination des médecins de l'établissement.

Date de la demande : / /

Vous souhaitez faire une demande pour une prise en charge en :

Psychiatrie/ santé mentale ou Médecine de l'adolescent

Quel type d'hospitalisation demandez-vous :

Soins-études en Hospitalisation de Jour ou Soins-études en Hospitalisation Complète


Séjour d'éducation thérapeutique pendant les vacances scolaires

Autre :

Nom : Prénom :

Adresse :

@ :

 portable : / / / / / / / / / / / / / / / /


Date et lieu de naissance : / / / / / / / / / / / / / / / / à

Nationalité : Sexe : Masculin Féminin

Médecin adresseur :

Adresse :

Messagerie sécurisée :

 : / / / / / / / / / / / / / / / /

Médecin traitant référent (si différent de l'adresseur):

Adresse :

Messagerie sécurisée :

 : / / / / / / / / / / / / / / / /

Médecin psychiatre (si différent de l'adresseur) :

Adresse :

Messagerie sécurisée :

 : / / / / / / / / / / / / / / / /

Psychologue :

Adresse du psychologue :

 : / / / / / / / / / / / / / / / /

NOM :

Prénom :

Motif de demande d'admission :

.....
.....

Un diagnostic a-t-il été porté ? Si oui lequel

.....
.....

Age de début des troubles :

Age de début de la prise en charge de ces troubles :

Antécédents personnels (préciser le suivi et les hospitalisations antérieures avec date et motifs):

Somatiques :

.....
.....

Psychiatriques :

.....
.....

.....
.....

Antécédents familiaux :

Somatiques :

.....
.....

Psychiatriques :

.....
.....

.....
.....

.....
.....

Histoire de la maladie :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Symptomatologie actuelle (préciser la date de l'examen):

.....
.....
.....
.....
.....

Troubles du comportement (agressivité, automutilation, gestes suicidaires...) : OUI NON Si oui, préciser :

.....
.....

NOM :

Prénom :

.....
.....
Consommation de toxiques : OUI NON Si oui, préciser :

.....
Addiction : OUI NON Si oui, préciser :

.....
Appareillage : OUI NON Si oui, préciser :

.....
Autonomie réduite : OUI NON Si oui, préciser :

.....
Allergies : OUI NON Si oui, préciser :

.....
Poids : kg / Taille : cm / IMC :

Traitement actuel (adresser une copie de la dernière ordonnance) :

.....
.....
.....

Vaccinations selon les besoins du patient : Joindre la copie du carnet de vaccination

Éléments importants du mode de vie (famille, scolarité, vie sociale, suivi éducatif etc)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

NOM :

Prénom :

Renseignements à remplir par le jeune concerné et ses parents

Date de début des troubles motivant la demande d'admission :

Date de début des soins pour ces troubles :

Poids : kg / Taille : cm

Diagnostic actuel ?

.....
.....

Hospitalisations passées ?

.....
.....

Traitement actuel ici ?

.....
.....

Bilan psychologiques antérieurs ?

.....
.....

Bilan psychomoteur ?

.....
.....

Suivi en orthophonie ?

.....
.....

Régime alimentaire particulier ?

.....
.....

Renseignements scolaires

Cette partie est à destination des professionnels de l'Education nationale exerçant dans l'annexe pédagogique de la clinique.

Afin de comprendre votre parcours scolaire et votre situation actuelle, nous vous remercions de nous fournir les informations suivantes et les photocopies de vos bulletins scolaires des 3 dernières années (si votre scolarité a été interrompue, merci de nous envoyer les bulletins des 3 dernières années durant lesquelles vous avez été évalué en classe).

1 Scolarité antérieure

Année scolaire	Classe suivie	Établissements	Précisions que vous souhaitez apporter (résultats, difficultés rencontrées, interruption de scolarité, dispositifs d'aménagement tels que PAI, SAPADHE, CNED, Ecole à l'hôpital ...)
20.. – 20..			
20.. – 20..			
20.. – 20..			
20.. – 20..			
20.. – 20..			

Quelle est la dernière décision d'orientation vous concernant ?

Passage en classe de / maintien en classe de
prononcé au conseil de classe du troisième trimestre de l'année scolaire 202..... / 202.....

2. Etes-vous inscrit(e) dans un établissement scolaire ?

Oui Non

Si oui, lequel ?

Si non, quel est le nom du dernier établissement que vous avez fréquenté ?

Nom de l'établissement :

Tel :

Ville :

En classe de

LV1 :

LV2 :

Spécialités choisies:

.....
.....
.....

3. Etes-vous inscrit.e dans un établissement de l'enseignement supérieur ?

Oui Non

Si oui, vous y suivez (ou suiviez) des études de ?

.....

4. Avez-vous bénéficié, ou bénéficiez-vous, des dispositifs suivants (joindre obligatoirement la copie des documents au dossier)

PAP (plan d'accompagnement pédagogique – concerne les élèves ayant des troubles des apprentissages)

Si oui, quels aménagements y sont inscrits ?

.....

PPS (projet personnalisé de scolarisation – concerne les élèves en situation de handicap)

Si oui, quels sont les aménagements prévus ? (aide humaine, matériel pédagogique, mode de scolarisation, aménagements pédagogiques ...)

.....

NOM :

Prénom :

.....
.....

Aménagements d'examen

Si oui, pouvez-vous préciser les aménagements obtenus ?

.....
.....

5. Quel est votre projet d'étude ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOM :

Prénom :

Lettre de motivation (à remplir par le jeune concerné par la demande)

Comment vous sentez vous de manière générale ? Quels est, ou quels sont les éléments déclencheurs de votre demande ? Avez-vous déjà eu une expérience de vie en collectivité, colonie etc ...Vous pouvez copier votre courrier dans ce document ou le joindre dans un document séparé.

NOM :

Prénom :

Remarques éventuelles complémentaires des parents :

Information sur la recherche

Les données anonymisées de ce formulaire peuvent donner lieu à une utilisation dans un but de recherche d'épidémiologie clinique. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre site internet : <http://www.fsef.net/index.php/etablissements/activite-hospitalo-universitaire/sujets-de-recherche> Selon le Règlement Général sur la Protection des Données européen (RGPD), vous pouvez vous opposer à cette utilisation de vos données, auquel cas nous vous demandons d'adresser un courriel à l'adresse suivante : dpo@fsef.net.

NOM :

Prénom :

1.1.1. K10 à remplir seul par le jeune (auto questionnaire) (A trois temps : T0-T1-T6)

Les questions suivantes portent sur la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des **30 derniers jours**. Pour chaque question, veuillez cocher la case correspondant le mieux au sentiment que vous éprouvez ou avez éprouvé.

Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu le sentiment...	Tout le temps	La plupart du temps	parfois	Rarement	Jamais
D'être épuisé(e) sans véritable raison?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être nerveux/nerveuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être si nerveux/nerveuse que rien ne pouvait vous calmer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être désespéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être agité(e) ou incapable de Tenir en place ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être si agité(e) que vous ne pouviez pas rester immobile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être triste ou déprimé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être si déprimé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que tout vous demandait un Effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De n'être bon(ne) à rien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>