

DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION ENFANTS

PHOTO

VOLET 1 : à remplir par l'intéressé(e) et ses parents ou représentants légaux

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom :

Prénom(s) :

Es-tu ? Un garçon Une fille

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Adresse :

Nom et prénom des personnes ayant l'autorité parentale (cf. livret de famille) :

Représentant légal (Nom et prénom) :

Coordonnées des parents et des personnes ayant l'autorité parentale (Si parents séparés, notez l'adresse du 2ème parent) :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Profession des parents : Père :

Mère :

Nombre de frères et de sœurs : Rang dans la fratrie :

SITUATION SCOLAIRE

Nom de l'établissement scolaire :

Niveau scolaire (classe fréquentée) :

Es-tu ? Externe Demi-pensionnaire Interne

IMPORTANT : JOINDRE UN CERTIFICAT DE SCOLARITÉ.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Mode de transport utilisé pour aller à l'école :

Durée du trajet maison-école :

Quelle activité physique pratiques-tu le plus souvent ? (ex. : marche, danse...) :

Où pratiques-tu ? École Club Seul(e)

Combien de fois par semaine ? :

IMPORTANT : JOINDRE UNE ATTESTATION D'ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE.

HABITATION

Tu habites : En ville À la campagne

Dans une maison à étages Dans une maison de plain pied

Dans un immeuble À quel étage ? Y a-t-il un ascenseur ? Oui Non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

MÉDECIN GÉNÉRALISTE : Dr.....

Adresse :

Téléphone :

MÉDECIN PÉDIATRE : Dr.....

Adresse :

Téléphone :

DIÉTÉTICIEN(NE) : M. / Mme / Mlle

Adresse :

Téléphone :

COUVERTURE SOCIALE

Numéro de sécurité sociale :

Caisse de sécurité sociale (nom et adresse) :

IMPORTANT : JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION DES DROITS À LA SÉCURITÉ SOCIALE.

Mutuelle (nom et adresse) :

IMPORTANT : JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE LA CARTE DE MUTUELLE.

AUTRES

As-tu d'autres problèmes de santé ? Oui Non

Si oui, lesquels ? (ex. : diabète, hypertension artérielle, cholestérol, maladie cardio-vasculaire, allergie alimentaire...) :

PROFIL DE L'ENFANT

Poids actuel :

Taille actuelle :

Suis-tu actuellement un traitement ? Oui Non

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE PROBLÈME

Nom et adresse :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Lien avec l'enfant :

MOTIVATIONS

Pourquoi souhaitez-vous venir à l'Hôpital de Jour Baudin ? (motivations écrites de l'enfant lui-même sur son futur séjour) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

.....

.....

.....

Date : / /

Signature
de l'enfant :

Signatures
de ses parents ou représentants légaux :

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE AU DOSSIER :

- le volet n°2 à renseigner par le médecin traitant
- la photocopie de la carte mutuelle
- une attestation d'assurance scolaire et extrascolaire
- la photocopie de l'attestation des droits à la sécurité sociale
- un certificat de scolarité
- la photocopie du livret de famille

Nous vous remercions de bien vouloir retourner le dossier dûment rempli, complet et signé avec l'ensemble des pièces justificatives demandées, à l'adresse suivante :

**HÔPITAL DE JOUR BAUDIN - PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ INFANTILE
A L'ATTENTION DU MÉDECIN M.P.R.
14, RUE ANDRÉ MESSENGER - 87000 LIMOGES**

Tout dossier incomplet ne pourra être étudié.

« La Mutualité Française Limousine, régie par le Code de la Mutualité, dont le numéro de Siret est le 775 716 673 et dont le siège est situé : 39 avenue Garibaldi – 87000 Limoges, représenté par Monsieur Franck Bonichon en qualité de Directeur Général, collecte via ce formulaire et traite des données à caractère personnel vous concernant dans le cadre de votre demande d'admission au sein de notre structure. Ce traitement est fondé sur l'exécution de mesures contractuelles préalables à une éventuelle prise en charge. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée du traitement lié à l'admission. Seules les personnes habilitées au sein de la Mutualité Française Limousine peuvent accéder aux données vous concernant, ainsi que nos éventuels prestataires (éditeurs de logiciel métier). Vous disposez, sauf motifs de refus prévus par le RGPD pour certains de ces droits, d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement de vos données, d'un droit d'opposition, du droit à la portabilité, du droit de retirer votre consentement, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Pour exercer ces droits, vous pouvez nous contacter à l'adresse électronique suivante : contact-dpd@mutualitelimousine.fr ou par courrier au 39 avenue Garibaldi 87000 Limoges. Veuillez noter que si vous exercez vos droits listés ci-dessus, nous conserverons toutefois certaines de vos informations personnelles et votre demande pour nous assurer de l'exercice effectif de vos droits. Si vous estimez qu'une demande de l'un de vos droits n'a pas été satisfaite, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ou former un recours juridictionnel. La Mutualité Française Limousine limite tous les transferts de données à caractère personnel en dehors de l'Espace Economique Européen. Si néanmoins cela était nécessaire, la Mutualité Française Limousine s'assurera que le pays destinataire des données est un pays reconnu comme adéquat par la Commission européenne ou que des clauses contractuelles types adoptées par la Commission européenne seront signées et, le cas échéant, des mesures supplémentaires seront mises en place pour garantir un niveau de protection équivalent à celui du droit de l'Union européenne »

DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION OBÉSITÉ INFANTILE

VOLET 2 : à remplir par le médecin traitant

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance : / /

Poids actuel : Taille actuelle :

HISTOIRE DE L'OBÉSITÉ (OBÉSITÉ TYPE 2, IMC > 30)

Âge du diagnostic :

Évolution du poids et IMC (joindre une photocopie des courbes de poids-taille et IMC)

Antécédents familiaux d'obésité (parents, ascendants, fratrie...) :

	Année de naissance	Poids	Taille	Maladie		Année de naissance	Poids	Taille	Maladie
Mère					Enfant 3				
Père					Enfant 4				
Enfant 1					Enfant 5				
Enfant 2					Enfant 6				

Recherche d'étiologies secondaires (problème endocrinien : thyroïde, cortisol, GH, ... ; syndrome malformatif...) : Oui Non

Si oui, lesquelles ? :

Dépistage des co-morbidités (trouble de la régulation glycémique – dosage HbA1C, bilan lipidique – Cholestérol total, LDL, triglycérides...) : Oui Non

Si oui, lesquelles ? (Joindre les résultats)

Recherche des complications éventuelles (articulaires orthopédiques, HTA, apnées du sommeil...) : Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Traitements tentés (régimes, séjour en Centre...) : Oui Non

Résultats :

Suivi diététique (médical ou diététicien) : Oui Non

Si oui, nom du praticien :

Comportement de l'enfant et caractère en général :

.....

.....

Suivi psychologique spécialisé : Oui Non

Fait-il l'objet d'une mesure éducative ? (Educateur, assistante sociale...) : Oui Non

Si oui, précisez :

AUTRES ANTÉCÉDENTS

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Allergies, maladies infantiles :

.....

.....

Si possible, préciser le stade pubertaire :

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX :

.....

.....

.....

Traitement actuel éventuel (pour l'obésité et autres pathologies) :

.....

.....

Des traitements et/ou chirurgie sont-ils envisagés ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....

.....

Le patient est-il en ALD ? Oui Non

Si oui, peut-on savoir pour quelle(s) pathologie(s) ?

.....

.....

Date : / /

Cachet du médecin

Signature

« La Mutualité Française Limousine, régie par le Code de la Mutualité, dont le numéro de Siret est le 775 716 673 et dont le siège est situé : 39 avenue Garibaldi – 87000 Limoges, représenté par Monsieur Franck Bonichon en qualité de Directeur Général, collecte via ce formulaire et traite des données à caractère personnel vous concernant dans le cadre de votre demande d'admission au sein de notre structure. Ce traitement est fondé sur l'exécution de mesures contractuelles préalables à une éventuelle prise en charge. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée du traitement lié à l'admission. Seules les personnes habilitées au sein de la Mutualité Française Limousine peuvent accéder aux données vous concernant, ainsi que nos éventuels prestataires (éditeurs de logiciel métier). Vous disposez, sauf motifs de refus prévus par le RGPD pour certains de ces droits, d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement de vos données, d'un droit d'opposition, du droit à la portabilité, du droit de retirer votre consentement, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Pour exercer ces droits, vous pouvez nous contacter à l'adresse électronique suivante : contact-dpd@mutualitelimousine.fr ou par courrier au 39 avenue Garibaldi 87000 Limoges. Veuillez noter que si vous exercez vos droits listés ci-dessus, nous conserverons toutefois certaines de vos informations personnelles et votre demande pour nous assurer de l'exercice effectif de vos droits. Si vous estimez qu'une demande de l'un de vos droits n'a pas été satisfaite, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ou former un recours juridictionnel. La Mutualité Française Limousine limite tous les transferts de données à caractère personnel en dehors de l'Espace Economique Européen. Si néanmoins cela était nécessaire, la Mutualité Française Limousine s'assurera que le pays destinataire des données est un pays reconnu comme adéquat par la Commission européenne ou que des clauses contractuelles types adoptées par la Commission européenne seront signées et, le cas échéant, des mesures supplémentaires seront mises en place pour garantir un niveau de protection équivalent à celui du droit de l'Union européenne »