



**SSR Pédiatrique « Les écureuils »**

Route de Nasbinals – 48100 ANTRENAS

Tél. 04.66.42.50.00 – Fax. 04.66.32.33.67

E-mail : [contact@a2lfs.fr](mailto:contact@a2lfs.fr)

**Afin que nous puissions adapter au mieux la prise en charge de votre enfant, nous vous demandons de remplir soigneusement et avec précision ce dossier.**

**FICHE ADMISSION – PARTIE ADMINISTRATIVE (à remplir par le(s) parent(s))**

**VOTRE ENFANT :**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

N° de portable : .....

*Photo d'identité  
de votre enfant*

**PARENT 1**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

.....

Adresse mail : .....

N° de téléphone : .....

**PARENT 2**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

.....

Adresse mail : .....

N° de téléphone : .....

**N° d'appel en cas d'urgence PARENT 1**

Domicile : .....

Travail : .....

Autres : .....

**N° d'appel en cas d'urgence PARENT 2**

Domicile : .....

Travail : .....

Autres : .....

**Votre enfant a-t-il des frères et sœurs ? Si OUI, Nom, prénom et date naissance**

Frère Sœur .....

Frère Sœur .....

Frère Sœur .....

**Situation Matrimoniale :**  En couple  Séparés  Divorcés  Concubinage  Célibataire  Veuf/ve

.....  
.....

	Date de séparation	Date du divorce*	Date de remariage ou cohabitation	Date de décès
Parent 1	.....	.....	.....	.....
Parent 2	.....	.....	.....	.....

\* **En cas de divorce**, indiquez le nom de la/des personne(s) qui à la garde de l'enfant et droit de visite  
(*et joindre la photocopie du jugement*) :

.....

**En cas de remariage ou de mise en ménage du Parent 1:**

NOM et Prénom du conjoint : .....

Date de naissance du conjoint : .....

Profession du conjoint : .....

**En cas de remariage ou de mise en ménage du Parent 2:**

NOM et Prénom du conjoint : .....

Date de naissance du conjoint : .....

Profession du conjoint : .....

**FICHE ADMISSION – PARTIE SCOLARITE (à remplir par le(s) parent(s))**

**Etablissement scolaire fréquenté avant l'admission**

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Nom du directeur : .....

Nom de l'enseignant : .....

Classe actuellement suivie: .....

Classe prévue à la prochaine rentrée : .....

A-t-il déjà redoublé une classe ? Si OUI, laquelle : .....

Votre enfant est-il fréquemment absent (indiquez le motif le plus fréquent des absences scolaires et leur durée) : .....

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un soutien scolaire ?  NON  OUI, en quelle année : .....

Votre enfant a-t-il un psychologue scolaire ?  NON  OUI, en quelle année : .....

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'orthophonie ?  NON  OUI, en quelle année : .....

Votre enfant a-t-il passé un examen d'orientation scolaire ou professionnel ?  NON  OUI, en quelle année et le résultat : .....

**FICHE ADMISSION – PARTIE EDUCATIVE (à remplir par le(s) parent(s))**

- Quels sont les loisirs préférés de votre enfant : .....
- Pratique-t-il régulièrement un ou plusieurs sports ou activités sportives ? Lesquels ? .....
- Adhère-t-il à un club ? Lequel ? .....
- Votre enfant fréquente-t-il un centre culturel ou une association ? Laquelle ? Quelle est l'activité pratiquée ? .....
- Votre enfant rencontre-t-il des difficultés relationnelles ? Lesquelles ? .....
- Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un séjour dans un établissement ?  NON  OUI, lequel ? .....
- D'une manière générale, quelles sont les indications que vous souhaitez nous donner sur votre enfant et qui ne sont pas incluses dans vos réponses précédentes ? .....

**Date de remplissage :**

**Signature des parents**

## AFIN DE RETOURNER UN DOSSIER COMPLET

### **Veillez joindre l'ensemble des pièces justificatives suivantes :**

- si vous êtes divorcé(e)* : la copie du jugement
- copie de la page des vaccinations du carnet de santé
- copie des derniers résultats d'analyse de sang
- copie des dernières ordonnances
- copie des comptes-rendus dans le cas d'un suivi psychologique
- copie des comptes-rendus dans le cas d'un suivi d'orthophoniste
- pour les séjours pendant la période scolaire* : copie des 3 derniers bulletins scolaires de l'année en cours ou précédente

***Pour rappel, l'admission de votre enfant est conditionnée au retour complet de ce dossier et à l'analyse de ce dernier par la commission d'admission.***

***Lorsque votre dossier sera validé, si vous souhaitez que votre enfant intègre un établissement privé, c'est à vous à faire les démarches.***

### ***Dans le cadre d'une décision positive de la commission d'admission, veuillez-vous munir de documents suivants le jour de l'admission***

- votre carte d'identité et celle de votre enfant ou livret de famille
- votre carte vitale et celle de votre enfant
- votre carte de mutuelle
- le carnet de santé de votre enfant
- les derniers résultats d'analyse de sang
- les dernières ordonnances
- le traitement de votre enfant pour 24h
- les comptes-rendus dans le cas d'un suivi psychologique
- les comptes-rendus dans le cas d'un suivi orthophoniste
- les comptes-rendus dans le cas d'un suivi psychiatrique

**VOTRE ENFANT :** NOM : ..... Prénom : .....

**FICHE ADMISSION – PARTIE MEDICALE (à remplir par le médecin prescripteur et à envoyer sous pli cacheté ou par mail à sec.medmecss@centre-antrenas.fr)**

### ANTECEDENTS MEDICAUX

- Antécédents médicaux : .....
- Antécédents maladie chronique : .....
- Antécédents chirurgicaux : .....
- Maladies infantiles :  Rougeole  Rubéole  Oreillons  Varicelle
- Allergie connue : .....
- Vaccination à jour :  NON  OUI (avec copie du carnet de santé dans les deux cas)

Contexte familial :

	Année de naissance	Poids	Taille	Etat de santé
Enfant 1				
Enfant 2				
Enfant 3				
Enfant 4				

### EXAMEN CLINIQUE

Poids actuel : ..... Kg	Taille actuelle : ..... cm
IMC : ..... Kg/m <sup>2</sup>	Encoprésie <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Vergetures <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Troubles ostéo-tendineux <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Gynécomastie <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Enurésie <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Dyspnée d'effort <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

- Auscultation cardiaque : .....
  - TA : .....
  - Auscultation pulmonaire : .....
  - Examen O.R.L. : .....
  - Stade pubertaire : .....
- Pour les filles, réglée depuis le : .....

## TRAITEMENT EN COURS

NOM du médicament	Posologie	Date de début	Date de fin	Commentaire

NOM et Adresse de la pharmacie habituelle : .....

.....

## HISTOIRE DE LA MALADIE

### • COMPORTEMENT ALIMENTAIRE :

De quand date la prise de poids ? .....

.....

Y a-t-il un évènement déclenchant ? .....

.....

Un suivi est-il mis en place (Consultation chez un pédiatre, endocrinologue, hôpital, réseau obésité infantile ...) .....

.....

L'enfant a-t-il déjà effectué un séjour en maison d'enfants pour obésité : .....

.....

### • COMPORTEMENT PSYCHOSOCIAL

Comportement à l'extérieur (école, club de sport ...) : .....

Comportement dans la famille : .....

L'enfant a-t-il été suivi par un psychologue, un psychiatre, CMP ? Si oui, précisez les coordonnées.  
.....

## CONCLUSION

Projet de soins à prévoir : .....

Séjour envisagé :

- Séjour court (1 semaine aux vacances scolaires de Toussaint ou du Printemps)
- Séjour d'un mois (1 mois en juillet)
- Séjour d'un trimestre renouvelable durant la période scolaire

**Date, signature et tampon du médecin :**

**VOTRE ENFANT** : NOM : .....Prénom : .....

## FICHE ADMISSION – PARTIE MEDICALE (à remplir par l'enfant)

### ACTIVITE PHYSIQUE / LOISIRS

Pour te rendre à l'école, utilises-tu un moyen de transport comme la marche, le vélo, les rollers, la trottinette ?  NON  OUI

Si OUI,

- Moins de 10min./jour
- Entre 10 et 25 min./jour

Durant tes temps libres, pratiques-tu un sport ?  NON  OUI

Quel sport pratiques-tu le plus souvent ? .....

Tu le fais environ ..... heures/semaine.

Combien de temps passes-tu devant un écran (télé, ordinateur, jeux) ?

Jours d'école : .....heure(s)/jour

En dehors des jours d'école : .....heure(s)/jour

### ALIMENTATION

Les repas sont pris (plusieurs réponses possibles) :

- Seul(e)
- En famille
- A la cuisine
- Avec un écran

Les aliments les plus consommés :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Des fritures (frites, potatoes, ...) | <input type="checkbox"/> Pizza kebab, quiche |
| <input type="checkbox"/> Légumes                              | <input type="checkbox"/> Fruits              |
| <input type="checkbox"/> Viandes                              | <input type="checkbox"/> Poissons            |
| <input type="checkbox"/> Laitages (fromages, yaourts, lait)   | <input type="checkbox"/> Jus de fruits       |
| <input type="checkbox"/> Sodas (coca, seven up, ice tea, ...) |  |

Prends-tu un petit déjeuner ?  NON  OUI

Grignotes-tu entre les repas ?  NON  OUI

Si OUI, pourquoi ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ennui           | <input type="checkbox"/> Tristesse, contrariété |
| <input type="checkbox"/> Stress, anxiété | <input type="checkbox"/> Faim, gourmandise      |
| <input type="checkbox"/> Je ne sais pas  |   |

Allergies alimentaires :

Régimes :  Sans porc  Sans viande

