

**Questionnaire familial d'admission / Autorisation d'hospitalisation**

**Le Futur Antérieur**

**Etablissement de Soins Psychiatriques pour Adolescents**

Route de Chalvet – 05200 EMBRUN

☎ : 04.92.43.00.71

📠 : 04.92.43.54.36

E-mail : [contact@le-futur-antérieur.fr](mailto:contact@le-futur-antérieur.fr)

Site Internet : [www.le-futur-antérieur.fr](http://www.le-futur-antérieur.fr)

**A remplir par la famille puis à faire parvenir au médecin psychiatre qui adresse le dossier intégral au Futur Antérieur**

**NOM :** ..... **Prénom :** ..... **Sexe :** .....

Date de naissance : ..... Ville de naissance (et arrondissement le cas échéant): .....

Lieu de résidence de l'enfant : .....

**Renseignements familiaux**

	Père	Mère
Nom :	.....	.....
Prénom :	.....	.....
Date et lieu de naissance :	.....	.....
Adresse :	.....	.....
Profession :	.....	.....
Tel dom :	.....	.....
Portable :	.....	.....
Courriel :	.....	.....

Détenteur(s) de l'autorité parentale : .....

Nombre de frères : ..... âge : ..... sont-ils au foyer ? .....

Nombre de sœurs : ..... âge : ..... sont-elles au foyer ? .....

**Questionnaire familial d'admission / Autorisation d'hospitalisation**

Autres personnes vivant au foyer et lien de parenté : .....

Evénements familiaux importants tels que (préciser les dates) :

Adoption : .....

Décès : .....

Séparation : .....

Maladies : .....

Divorce : .....

Autres : .....

**Renseignements administratifs**

Assuré social : .....

N° d'immatriculation : .....

Coordonnées de la caisse d'assurance maladie : .....

Coordonnées de la mutuelle : .....

Mesure d'assistance éducative administrative ou judiciaire en cours : .....

Si oui, coordonnées du référent : .....

**Renseignements scolaires**

Nom et adresse du dernier établissement fréquenté : .....

Année : ..... Classe : ..... Soutien éventuel (PAI, ULIS, Hôpital de jour, ...) : .....

Comportement avec les autres élèves : .....

Comportement avec les professeurs : .....

**Renseignements de santé**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme Articulaires Aigües <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**Questionnaire familial d'admission / Autorisation d'hospitalisation**

Accidents ou maladies importantes : ..... Dates : .....

Opérations : ..... Dates : .....

Hospitalisations : ..... Dates : .....

Allergies :

Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicaments <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Alimentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres : .....

Préciser l'objet de l'allergie : .....

L'enfant porte-t-il des :

Lunettes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lentilles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Appareil dentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prothèses auditives <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Autres renseignements sur l'adolescent**

---

Séparations d'avec la famille : colonies, classes transplantées : .....  
..... Dates : .....

Placements antérieurs (motifs) : .....  
.....

Autres remarques et recommandations utiles : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Questionnaire familial d'admission / Autorisation d'hospitalisation**

**Autorisation d'hospitalisation**

Le ou les signataire(s) de ce document certifie(nt) et atteste(nt) que son/leur exercice de l'autorité parentale n'a pas été limité par une décision judiciaire. Dans le cas contraire, il est impératif d'adresser à l'établissement, dans les plus brefs délais, une copie de la décision.

Les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale s'engagent à s'informer mutuellement de l'hospitalisation de l'enfant, des soins qui lui sont prodigués et de l'évolution de son état de santé

Les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale attestent chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année). En cas d'absence d'un représentant de l'autorité parentale le jour de l'admission, celui-ci, par sa signature, atteste donner délégation au représentant présent le jour de l'admission pour signer la Fiche de consentement éclairé après rendez-vous avec le médecin psychiatre.

**Signature des représentants légaux :**

Par ma présente signature, j'atteste être titulaire de l'autorité parentale, et donne mon accord à l'hospitalisation de mon fils, fille, pupille, ..... (nom, prénom) au sein du Futur Antérieur.

Père (ou autre détenteur de l'autorité parentale)

Date :

Nom :

Prénom :

Signature :

Mère (ou autre détenteur de l'autorité parentale)

Date :

Nom :

Prénom :

Signature :