



Boulevard Leriche – 67200 STRASBOURG
03.67.22.04.44

<i>Cadre réservé au Pôle APSA</i>	
N° de dossier :	
Secteur :	
Envoi docs le :	
Date d'inclusion :	ma / a-m

Date du jour : __/__/__

FICHE DE PRE-INCLUSION

Veillez envoyer cette fiche de pré-inclusion à POLE APSA : secretariat.strasbourg@poleapsa.fr

ou

la remettre à la famille afin qu'elle prenne contact directement au 03.67.22.04.44

Concerne l'enfant :

Nom :
Prénom : Sexe : M F
Date de naissance : __/__/__ Ville de naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :

Motif de Prise en Charge (selon les recommandations HAS) :

TAILLE : POIDS : IMC :
 Surpoids
 Obésité
Merci de joindre si possible les courbes de croissance

Professionnel de santé/Médecin traitant qui inclut le patient :

Je soussigné(e),

<p>Tampon</p>	<p>Propose à l'enfant de suivre le programme d'Education Thérapeutique proposé par le Pôle APSA</p>
---------------	---

Orientation Pôle APSA proposée par :



POLE APSA – ETP JEUNES

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

(À compléter par la famille)

	REPRESENTANT LEGAL 1	REPRESENTANT LEGAL 2	AUTRE REPRESENTANT
Lien de parenté			
Nom - Prénom			
Adresse	CP : Ville :	CP : Ville :	CP : Ville :
Tel			
Mail @..... @..... @.....

Résidence principale de l'enfant :

- Avec les deux parents
 Garde alternée (précisez) :
 Famille monoparentale : Père Mère
 Famille d'accueil Institution :
(Précisez) :

Concernant l'enfant :

Son école (Nom et lieu) :
.....
..... Classe :

Son médecin traitant (Nom, adresse et téléphone) :
.....
..... Tel :/...../...../...../.....

Son pédiatre (Nom, adresse et téléphone) :
.....
..... Tel :/...../...../...../.....

Le programme d'Education thérapeutique s'adresse aux enfants/jeunes âgés entre 3 et 18 ans.

Un premier rdv sera proposé à la famille pour rencontrer l'équipe pluriprofessionnelle lors d'une demi-journée d'accueil qui sera uniquement proposée un mardi (matin ou après-midi selon l'âge de l'enfant).

- ⇒ Pour l'enfant scolarisé en maternelle/primaire, sa présence n'est pas requise.
⇒ Pour l'enfant scolarisé en collège/lycée, il doit obligatoirement être accompagné par un parent.

Afin de préparer au mieux cette rencontre, la famille recevra des questionnaires à compléter et à renvoyer si possible avant le rdv.

Souhait de correspondance (bilans / programmes des activités) :

- Père : Par voie postale par mail
Mère : Par voie postale par mail
Autre : Par voie postale par mail

Titulaire de l'autorité parentale :

- Je soussigné(e),
 ne m'oppose pas à ce que mon enfant suive le programme d'Education Thérapeutique proposé par le Pôle APSA
 m'oppose à ce que mon enfant suive le programme d'Education Thérapeutique proposé par le Pôle APSA
Signature :