



**Pôle « Accompagnement ambulatoire »**  
**MECSa 64570 ARETTE**

ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE PAR LE DÉCRET DU 14 DÉCEMBRE 1956

**DÉMARCHES À ACCOMPLIR POUR LA PRÉ-ADMISSION  
EN MAISON D'ENFANTS À CARACTÈRE SANITAIRE TEMPORAIRE**

**Dates des séjours :**

- Du dimanche 14 au samedi 20 Avril 2024 (6/17 ans) : Séjour de 7 jours
- Du dimanche 7 au samedi 27 Juillet 2024 (6/12 ans) : séjour thérapeutique 3 semaines « enfants »
- Du dimanche 4 au samedi 24 Aout 2024 (13/17 ans) : séjour thérapeutique 3 semaines « Adolescents »
- Du dimanche 20 au samedi 26 Octobre 2024 (6/17 ans) : stage de 7 jours
- Du dimanche 27/10 au samedi 3 Novembre 2024 (6/17 ans) : Séjour de 7 jours

**Vous trouverez ci-dessous l'ensemble des démarches à accomplir pour présenter un dossier de pré-admission pour la participation aux séjours thérapeutiques Automne 2022 – été 2023 :**

**A compléter par le responsable légal :**

- Rédiger une lettre argumentée expliquant les raisons de la demande de prise en charge du jeune
- Dossier patient (pages 3 et 12)
- demande de prise en charge mutuelle (jointe en supplément de ce dossier)

**A joindre au dossier :**

- 2 photos d'identité du jeune
- Attestation d'ayant droit de votre sécurité sociale.
- Copie carte vitale du jeune
- Copie carte mutuelle du responsable légal
- Copie tableau de vaccination carnet de santé du jeune
- Copie de la pièce d'identité du jeune
- Copie de la pièce d'identité du responsable légal

**A compléter par le médecin :**

- Lettre argumentée expliquant les raisons de la prise en charge
- Dossier médical (pages 5 à 11 ; signatures + cachet médecin en p9 et p11)  
(dont courbe de corpulence, demande de prise en charge CPAM, fiche sanitaire)

**Merci d'envoyer le dossier complet au plus tard 20 jours  
avant le séjour choisi à l'adresse suivante :**

**MECSa – Association Les PEP64  
Z.A. Actitech – 9 rue l'Abbé Grégoire  
64140 BILLERE**

**Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.**

Votre demande sera étudiée par la commission médicale de la MECSa.

- Si votre demande est validée:

Vous recevrez confirmation par courrier.

- Si votre demande est mise sur liste d'attente :

Vous en serez informé par courrier.

- Si votre demande est refusée :

Nous vous contacterons pour envisager avec vous une solution de réorientation.

**Pour toute information complémentaire, contactez :**

La direction -Téléphone : 06 30 55 84 74

Email : [mecsa@pep64.org](mailto:mecsa@pep64.org) ou [secretariat.mecsa@pep64.org](mailto:secretariat.mecsa@pep64.org)

**Nom :**

**Prénom :**

**Sexe :**

**Date de Naissance : \_\_/\_\_/\_\_**

Photo Identité



Pôle « Accompagnement ambulatoire »

MECSa ARETTE

Impasse Honoré Baradat 64570 ARETTE

## DOSSIER PATIENT

Cette partie doit être remplie par le responsable légal du jeune.

**Motif hospitalisation :** Prise en charge de troubles du comportement alimentaire et des problématiques de surpoids associées.

*Ne rien inscrire dans ce cadre réservé à la direction de la MECSa*

Date et heure d'entrée : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Date et heure de sortie : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

## INFORMATIONS GENERALES

NOM / PRENOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

SEXE : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

NOM./PRENOM DU RESPONSABLE LEGAL : \_\_\_\_\_ PERSONNE A PREVENIR :

LIEN DE PARENTE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

☎ TELEPHONE : \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

@ MAIL : \_\_\_\_\_

### Si parents séparés

NOM./PRENOM DU RESPONSABLE LEGAL : \_\_\_\_\_ PERSONNE A PREVENIR :

LIEN DE PARENTE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

☎ TELEPHONE : \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

@ MAIL : \_\_\_\_\_

**Nom :**

**Prénom :**

**Sexe :**

**Date de Naissance :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**PROFESSIONS DES PARENTS :**

PERE : \_\_\_\_\_

MERE : \_\_\_\_\_

PERSONNE A PREVENIR :

**NOM /.PRENOM** \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

LIEN DE PARENTE : \_\_\_\_\_

☎ TELEPHONE : \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

*Nb : Documents à transmettre obligatoirement,*

- Copie de la pièce d'identité.

**SECURITE SOCIALE ET MUTUELLE****SECURITE SOCIALE**

Caisse d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

☎ Téléphone : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

*Nb : Documents à transmettre obligatoirement, cf synthèse des démarches d'inscription :*

- Copie de la carte vitale
- Attestation d'ayant droits sécurité sociale.
- Attestation de prise en charge du séjour par la caisse d'assurance maladie.

**MUTUELLE**

Mutuelle : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

☎ Téléphone : \_\_\_\_\_

N° d'adhérent : \_\_\_\_\_

*Nb : Documents à transmettre obligatoirement, cf. synthèse des démarches d'inscription :*

- Copie de la carte mutuelle
- Attestation d'ayant droits mutuelle

**Nom :****Prénom :****Sexe :****Date de Naissance :** \_\_/\_\_/\_\_

**Cette partie doit être remplie par le médecin traitant du jeune**

## DOSSIER MEDICAL

**Motif hospitalisation :** Prise en charge de troubles du comportement alimentaire et des problématiques de surpoids associées.

### INFORMATIONS GENERALES

**NOM / PRENOM DE L'ENFANT :** \_\_\_\_\_

**SEXE :** \_\_\_\_\_ **DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_ **LIEU DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_

### COORDONNEES MEDECIN TRAITANT

**NOM DU MEDECIN:** \_\_\_\_\_

**ADRESSE:** \_\_\_\_\_

**N° TELEPHONE :** \_\_\_\_\_

**@ MAIL :** \_\_\_\_\_

***Si autre suivi, coordonnées du spécialiste référent***

**NOM :** \_\_\_\_\_

**SPECIALITE :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE:** \_\_\_\_\_

**N° TELEPHONE :** \_\_\_\_\_ **@ MAIL :** \_\_\_\_\_

### ANAMNESE

#### ➤ MENSURATIONS

**POIDS :** \_\_\_\_\_ **TAILLE :** \_\_\_\_\_ **IMC :** \_\_\_\_\_

**TOUR DE TAILLE :** \_\_\_\_\_

*La méthode retenue pour la mesure du tour de taille :*

*Le jeune positionne son index sur sa crête iliaque et son pouce au niveau de sa dernière côte flottante. La mesure s'effectue au niveau de cet intervalle.*

**Nom :**

**Prénom :**

**Sexe :**

**Date de Naissance :** \_\_/\_\_/\_\_

➤ **PRISE EN CHARGE EXISTANTE**

Age du début de la prise en charge : \_\_\_\_\_

Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_

Suivi effectué par :

Médecin généraliste ; Si oui, précisez : Lieu : \_\_\_\_\_ Date début prise en charge : \_\_\_\_\_

Pédiatre ; Si oui, précisez : Lieu : \_\_\_\_\_ Date début prise en charge : \_\_\_\_\_

CMPP ; Si oui, précisez : Lieu : \_\_\_\_\_ Date début prise en charge : \_\_\_\_\_

RéPPOP ; Si oui, précisez : Lieu : \_\_\_\_\_ Date début prise en charge : \_\_\_\_\_

Médecin Nutritionniste ; Si oui, précisez : Lieu : \_\_\_\_\_ Date début prise en charge : \_\_\_\_\_

Diététicien ; Si oui, précisez : Lieu : \_\_\_\_\_ Date début prise en charge : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

➤ **ANTECEDENTS ET HISTOIRE PONDERALE**

**ANTECEDENTS FAMILIAUX**

	PARENTS	GRANDS PARENTS	FRATRIE
OBESITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HYPERCHOLESTEROLEMIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMES CV PREMATURES (IDM/ mort subite/ artériopathie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Nom :**

**Prénom :**

**Sexe :**

**Date de Naissance :** \_\_/\_\_/\_\_

## ANTECEDENTS PERSONNELS

GROSSESSE PATHOLOGIQUE

PATHOLOGIE CHRONIQUE

TRAITEMENT AU LONG COURS  
INDUISANT LA PRISE DE POIDS

	OUI	NON
PUBERTE DEMARREE		
PALPATION DE LA TYROIDE ANORMALE		
<u>CROISSANCE STATURALE :</u> - REGULIERE OU ACCELEREE - INFLECHISSEMENT		
RONFLEMENTS NOCTURNES		
ANOMALIE DE LA STATIQUE VERTEBRALE		
VERGETURES POURPRES		
ACANTHOSIS NIGRICANS (signe de diabète type 2)		
SOMNOLENCE DIURNE		
DYSMORPHIE		
RETARD PSYCHOMOTEUR		

**Nom :**

**Prénom :**

**Sexe :**

**Date de Naissance :** \_\_/\_\_/\_\_

## VACCINATIONS :

Le carnet de vaccinations du jeune est-il à jour ? \_\_\_\_\_

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres(préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

*Nb : Documents à transmettre obligatoirement :*

- Copie du carnet de santé du jeune

## Préférences/intolérances Alimentaires

*Le jeune a-t-il des préférences alimentaires religieuses ?*

- Si oui, précisez :

*Le jeune a-t-il des intolérances alimentaires ?*

- Si oui, précisez :

## TRAITEMENT EN COURS :

*Le jeune a-t-il un traitement en cours : oui – non* \_\_\_\_\_

Nom médicament	Posologie	Voie administration	Durée du traitement	Fréquence du traitement	Poids de l'enfant

*Nb : Documents à transmettre obligatoirement, cf synthèse des démarches d'inscription :*

- Une copie de l'ensemble des ordonnances à jour.
- Les médicaments déjà achetés.

## EXAMENS COMPLEMENTAIRES ENVISAGES

Des examens complémentaires sont-ils envisagés ?

- Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

**Nom :**

**Prénom :**

**Sexe :**

**Date de Naissance :** \_\_/\_\_/\_\_



## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES TRANSMISES A L'ETABLISSEMENT

Troubles associés : .....

.....

.....

.....

Points à surveiller : .....

.....

.....

.....

Activités déconseillées : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Cet examen a été effectué par le Docteur : .....Le    /    /       

<i>Date</i>	<i>Cachet</i>	<i>Signature du médecin</i>

***Merci de compléter et de cacheter également la demande de prise en charge CPAM en page suivante.***

**Nom :**  
**Prénom :**  
**Sexe :**  
**Date de Naissance :**    /    /

**Nom :**  
**Prénom :**  
**Sexe :**  
**Date de Naissance : \_\_/\_\_/\_\_**

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE CPAM

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

POIDS : ..... TAILLE : ..... IMC : .....  
TOUR DE TAILLE : .....

HISTOIRE PONDERALE		
AGE	POIDS	TAILLE
NAISSANCE		
9 MOIS		
2 ANS		
3-4 ANS		
5-6 ANS		
AGE DE SORTIE DE LA COURBE :		
AGE DU DEPASSEMENT DU 97 <sup>ième</sup> PERCENTIEL :		
AGE DU REBOND :		

L'enfant est il déjà suivi pour cette pathologie, par une autre personne que son médecin traitant ?

.....  
.....

Si oui,

- indiquer ses coordonnées :

.....  
.....

- depuis combien de temps, et à quelle fréquence ?

.....  
.....

NOM du médecin traitant :

.....  
.....

ADRESSE :

.....  
.....

TELEPHONE :

.....  
.....

Le .....

**Signature et cachet du médecin traitant**

**Nom :**

**Prénom :**

**Sexe :**

**Date de Naissance :** \_\_/\_\_/\_\_

**ASSURE OUVRANT DROIT AUX PRESTATIONS SOCIALES :**

NOM : .....

(Suivi du nom de jeune fille pour les femmes mariées)

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

.....

NOM DE LA CAISSE DE SECURITE SOCIALE dont vous dépendez :

.....

.....

Votre N° d'immatriculation :

.....

NOM et ADRESSE DE VOTRE EMPLOYEUR :

.....

**NOM et ADRESSE DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

.....

PROFESSION : .....

**ENFANT BÉNÉFICIAIRE DU SÉJOUR**

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE :

.....

ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE :

.....

**CENTRE : ARETTE - N° Identification : 64 078 117 5 (FINESS)**

**PÉRIODE : Avril 2024 - JUILLET 2024 - AOUT 2024 - Octobre 2024 (1) rayez la mention inutile**

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

Signature de l'assuré (e)

**Nom :**

**Prénom :**

**Sexe :**

**Date de Naissance : \_\_/\_\_/\_\_**