



**Pôle « Accompagnement ambulatoire »  
MECSa - 64270 SALIES DE BEARN**

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 8 au samedi 21 Février 2026 : 14 jours de séjour Thérapeutique 6/12 ans
- Du dimanche 5 au samedi 18 Avril 2026 : 14 jours de séjour thérapeutique 12/17 ans
- Du dimanche 12 Juillet au 1<sup>er</sup> Aout 2026 : 21 jours de séjour thérapeutique 6/12 ans
- Du dimanche 2 au samedi 22 Aout 2026 : 21 jours de séjour thérapeutique 12/17 ans
- Du dimanche 18 au 31 Octobre 2026 : 14 jours de séjour thérapeutique 6/17 ans  
Stage Approfondissement

**Vous trouverez ci-dessous l'ensemble des démarches à accomplir pour présenter un dossier de pré-admission pour la participation aux séjours thérapeutiques l'année 2026**

**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 - Les PEP64  
Association Les PEP64  
9 rue de 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 :**

Le siège de L'Association Les PEP64 : 0559838304  
Email : [mecsa@pep64.org](mailto:mecsa@pep64.org) ou [secretariat.mecsa@pep64.org](mailto:secretariat.mecsa@pep64.org)

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
**Sexe :** \_\_\_\_\_  
**Date de Naissance :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Numéro sécurité sociale :** \_\_\_\_\_  
**Numéro I.N.S. :** \_\_\_\_\_



Photo Identité

**Pôle « Accompagnement ambulatoire »  
MECSa SALIES DE BEARN**

## 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 \_\_\_\_\_

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Sexe :** \_\_\_\_\_

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

**Numéro sécurité sociale :** \_\_\_\_\_

**Numéro I.N.S. :** \_\_\_\_\_

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

## **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 :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Numéro sécurité sociale :** \_\_\_\_\_

**Numéro I.N.S. :** \_\_\_\_\_

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

SEX : \_\_\_\_\_ 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 :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Numéro sécurité sociale :** \_\_\_\_\_

**Numéro I.N.S. :** \_\_\_\_\_

### ➤ 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 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Numéro sécurité sociale :

Numéro I.N.S. :

## 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 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Numéro sécurité sociale :

Numéro I.N.S. :

## VACCINATIONS :

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

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérite				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

## Péférences/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 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Numéro sécurité sociale :

Numéro I.N.S. :

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES TRANSMISES A L'ETABLISSEMENT**

Troubles associés : .....

.....

.....

.....

Points à surveiller : .....

.....

.....

.....

Activités déconseillées : .....

.....

.....

.....

.....

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

Date	Cachet	Signature du médecin

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

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : .....

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

Numéro sécurité sociale :

Numéro I.N.S. :

**Nom :**                   **Prénom :**  
**Sexe :**  
**Date de Naissance :** \_\_\_/\_\_\_/  
**Numéro sécurité sociale :**  
**Numéro I.N.S. :**

# 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 :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Numéro sécurité sociale :** .....  
**Numéro I.N.S. :** .....

**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 : « Le Hameau Bellevue » SALIES de BEARN - N° Identification : 64 078 117 5 (FINESS)

PÉRIODE : FEVRIER 2026 - AVRIL 2026 - JUILLET 2026 - AOUT 2026 - OCTOBRE 2026

(1) entourer les séjours concernés

A .....

Le .....

Signature de l'assuré (e)

**Nom :** .....**Prénom :** .....**Sexe :** .....**Date de Naissance :** \_\_/\_\_/\_\_**Numéro sécurité sociale :** .....**Numéro I.N.S. :** .....