



**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^{er} 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 ou 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 : _____

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 : __/__/__

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
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 : __/__/__

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 __/__/____

<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 : __/__/__
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 ^{ième} 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 - AOÛT 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. :**