



**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 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
- 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

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 : **05 59 83 83 04 / 05 59 83 89 37**
Email : mecsa@pep64.org ou secretariat.mecsa@pep64.org

Photo Identité



**Pôle « Accompagnement ambulatoire »
MECSa - 64270 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 _____

@ 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 : _____

N°
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



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

QUESTIONNAIRE EN AMONT DU SEJOUR

Le questionnaire ci-après, rempli par l'enfant et son entourage permet à l'équipe d'appréhender la réalité quotidienne et de comprendre les enjeux qui motivent le séjour thérapeutique MECSa.

INFORMATIONS GENERALES

NOM / PRENOM DE L'ENFANT : _____

SEXE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____

I. Séjour MECSa

1. **Combien de séjours as-tu effectué au sein du dispositif MECSa ?**

Nombre de séjours et période à préciser

.....

2. **Comment as-tu été orienté(e) sur ce séjour ?**

Médecin, infirmière scolaire, autre. ?

.....

.....

3. **Depuis le précédent séjour**

JEUNE : quels sont les efforts/les objectifs que tu as maintenu à domicile ?

.....

.....

ENTOURAGE : (parents, frère/sœur, tuteur/curateur, etc.) quels sont les efforts que vous avez mis en place pour l'accompagner ?

.....

.....

4. **Formule tes objectifs de séjour et décris tes attentes**

JEUNE : Donne 2 à 4 objectifs de séjour

.....

.....

ENTOURAGE : (parents, frère/sœur, tuteur/curateur, etc.) quelles sont vos attentes ? et quelles sont les dispositions que vous pensez pouvoir prendre ?

.....

.....

II. Environnement familial et cadre de vie

1. **As-tu des frères et sœurs ?**

Si oui, décris ta place dans la fratrie et tes relations.

.....
.....

2. **Vis-tu avec tes parents ?**

Oui, avec mon père et ma mère

Oui, en garde alternée

Non, je vais chez

3. **As-tu des animaux de compagnie ?**

.....

III. Environnement scolaire

1. **Aimes-tu aller à l'école ?**

Oui, car

Non, car

2. **Participes-tu à des activités optionnelles proposées par l'école ?**

Si oui, décris-les :

.....
.....

3. **As-tu déjà subi des moqueries (élèves, professeurs, etc.) ?**

Si oui, décris-les :

.....
.....

4. **Possèdes-tu des facilités ou des difficultés particulières (HPI, TDAH, etc.) ?**

IV. Activités physiques et sédentarité

1. **Pratiques-tu une ou plusieurs activités extrascolaires ?**

Non, car

Oui, je pratique.....

2. **Quels sont tes passions/loisirs/activités qui te plaisent ?**

.....

3. **Utilises-tu des écrans ?** (téléphone, tablette, ordinateur, télévision, consoles, etc.)

Oui,

Non, aucun écran à la maison.

4. **Combien d'heures dans la journée les utilises-tu ?**

Moins d'une heure

Entre une et deux heures

Plus de deux heures

5. **La gestion des écrans suscite-t-elle des conflits au sein de ta famille ?**

Oui

Non, aucun écran à la maison.

Non, cela ne suscite pas de conflit.

6. **A quelle heure te couches-tu en semaine ?**

Entre 20h et 21h

Entre 21h et 22h

Au-delà de 22h

7. **Au réveil, tu te sens :**

Reposé

Fatigué

Motivé

Crevé

En forme

Autre

V. Alimentation

1. **Combien de repas prends-tu dans la journée ?**

Nombre et brève description :

.....
.....

2. **Est-ce que tu grignotes hors des repas ?**

Oui,

Non, c'est très rare/jamais.

3. **Y a-t-il des aliments que tu ne manges pas ?**

Nomme les ici

.....
.....

4. **Pour toi, l'alimentation est synonyme de :**

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Plaisir | <input type="checkbox"/> Gourmandise | <input type="checkbox"/> Réconfort |
| <input type="checkbox"/> Régime | <input type="checkbox"/> Partage | <input type="checkbox"/> Douleur |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |

5. **Tu sens-tu soucieux/soucieuse de ta nourriture-alimentation ?**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> Oui, souvent |
| <input type="checkbox"/> Non, c'est rare | <input type="checkbox"/> Non, jamais |

6. **Est-ce que tu regrettes d'avoir mangé ?**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> Oui, souvent |
| <input type="checkbox"/> Non, c'est rare | <input type="checkbox"/> Non, jamais |

7. **As-tu l'impression que la nourriture-alimentation prend trop de place dans ta vie ?**

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oui, souvent | <input type="checkbox"/> Non, pas du tout |
|---------------------------------------|---|

**DOSSIER
POUR
MEDECIN TRAITANT**

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.

➤ **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"/>	

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		

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

PREFERENCES / INTOLERANCES 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 ? _____

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

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 ^{ème} PERCENTIEL :		
AGE DU REBOND :		

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

.....
.....

- indiquer ses coordonnées :

.....
.....

- depuis combien de temps, et à quelle fréquence ?

.....
.....

NOM du médecin traitant :

ADRESSE :

.....
.....

N° TELEPHONE :

Le

Signature et cachet du médecin traitant

.....

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)



**Pôle « Accompagnement
ambulatoire »**

MECSa 64270 SALIES DE BEARN

E-mail : mecsa@pep64.org

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

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PAR LA MUTUELLE

MECSa « Le Hameau Bellevue » SALIES DE BEARN (64270)

- MAISON D'ENFANTS A CARACTÈRE SANITAIRE DE TYPE TEMPORAIRE -

Thématique : Accompagnement d'enfants en situation de surpoids.

SIRET : 775 638 661 00469

Certification HAS : Décision N°2015.0013/DC/CCES-9100 du 28/01/2015

Code APE : 552 E

FINESS Géographique : 640 781 175

FINESS Juridique : 640 790 374

Code DMT : 605

Frais de séjour pris en charge à 80% par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie

1er séjour : du 8 au 21 Février 2026 (soit 14 jours) : **6/12 ans**

2ème séjour : du 5 au 18 Avril 2026 (soit 14 jours) : **12/17 ans**

3ème séjour : du 12 Juillet au 1^{er} Août 2026 (soit 21 jours) : **6/12 ans**

4ème séjour : du 2 au 22 Août 2026 (soit 21 jours) : **12/17 ans**

5ème séjour : du 18 au 31 Octobre 2026 (soit 14 jours) : **6/17 ans**

stage d'approfondissement

(Rayez le séjour non-concerné)

Nous vous remercions de bien vouloir nous transmettre l'attestation de prise en charge ci-jointe :

A adresser directement à :

LesPEP64
9 rue de l'Abbé Grégoire
64140 BILLERE
mecsa@pep64.org

**Attestation de prise en charge
Mutuelle Complémentaire Santé**

**NOM et ADRESSE DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT
Ouvrant droit aux prestations de complémentaire santé**

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

PROFESSION :

NOM DE LA CAISSE DE SECURITE SOCIALE dont vous dépendez :

.....

Votre N° d'immatriculation :

Numéro de contrat Mutuelle :

Adresse et coordonnées de la mutuelle :

.....

ENFANT BÉNÉFICIAIRE DU SÉJOUR

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Par la présente, la mutuelle atteste qu'elle prend en charge le montant du forfait hospitalier journalier de 20€ par jour, conformément aux clauses du contrat de complémentaire santé souscrit par le demandeur.

A

Signature et cachet de la mutuelle

Le

Signature de l'assuré