

DOSSIER D'ADMISSION

Hospitalisation Complète

et

Hospitalisation De Jour

- Fiche de renseignements administratifs
 - Fiche Educative
 - Fiche d'Activités physiques et loisirs
 - Fiche scolaire
 - Prise en charge nutritionnelle : pages 7
 - Dossier médical (à remplir par les parents) : pages 8 à 12
 - Dossier médical : pages 13 à 18
(à remplir par le médecin prescripteur lors d'une consultation)
- } pages 2 à 6

Documents à joindre au dossier

Attestation sécurité sociale
Carte mutuelle ou justificatif de CMU
3 derniers bulletins scolaires
1 photo d'identité
Résultats d'examens médicaux demandés

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

A remplir par les parents

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : _____ Lieu de naissance _____ Sexe F M

Classe fréquentée : _____ Nationalité : _____

Nom et prénom de l'assuré(e) : _____

Adresse : _____

Situation familiale : marié célibataire veuf pacsé
 concubinage remarié

Adresse du 2^{ème} parent si différente : _____

N° téléphone du père :

Domicile :

Portable :

Travail :

N° téléphone de la mère :

domicile :

portable :

travail :

Adresse de votre Centre de Sécurité sociale : _____

Mutuelle : _____ Téléphone mutuelle : _____

Profession du père : _____

Profession de la mère : _____

Adresse email de l'enfant :@.....

Adresse email des parents :@.....

En cas de divorce ou séparation :

Adresse email du 2^{ème} parent :@.....

FICHE EDUCATIVE

A remplir par la famille :

Date :

Nom du jeune :

Prénom du jeune :

Date de naissance :

Numéro de portable du jeune :

<u>Mère</u>	<u>Père</u>	<u>Tuteur</u>
Nom/Prénom :	Nom/Prénom :	Nom/Prénom : <u>Lien avec le jeune :</u>
Adresse domicile :	Adresse domicile :	Adresse domicile :
Numéros de téléphone : - Domicile : - Portable : - Travail :	Numéros de téléphone : - Domicile : - Portable : - Travail :	Numéros de téléphone : - Domicile : - Portable : - Travail :
Profession :	Profession :	Profession :

Situation familiale des parents : Mariés Pacsés Concubinage Divorcé Séparés

Si divorce ou séparation, modalités de garde du jeune : _____

Y a-t-il des frères et sœurs (en précisant leur âge) ?

La famille a-t-elle bénéficié ou bénéficie-t-elle d'une **prise en charge sociale ou éducative** ? (ex : assistante sociale / mesure éducative (AED, AEMO...))

Oui

Non

Si oui, laquelle ? Depuis quelle date et jusqu'à quand ? _____

Nom et Numéro de téléphone de la personne et du service concerné:

Dans quel **établissement scolaire** votre enfant est-il inscrit ? En quelle classe ? _____

Votre enfant-a-t-il déjà vécu en dehors du domicile familial (internat scolaire, colonies de vacances...) ?

Oui

Non

Dans quel établissement ? Combien de temps ? _____

Les **capacités d'adaptation et/ou d'intégration** à la collectivité de votre enfant vous semblent :

Très bonnes Bonnes Moyennes Difficiles Très difficiles

Quels sont les **loisirs de votre enfant** (sport, jeux vidéo, musique...) ? _____

Votre enfant-a-t-il des **habitudes** dont il ne peut se passer (doudou, lumière...) ? _____

A remplir par le jeune :

As-tu déjà vécu en groupe ? Si oui, quels souvenirs tu en gardes ? _____

As-tu subi des moqueries, de la violence ? _____

As-tu déjà eu des problèmes de comportement ? _____

A ce jour, as-tu des habitudes dont tu ne peux pas te passer difficilement (*jeux vidéo, téléphone portable, ordinateur...*) ?

Quel sport ou activités souhaiterais-tu faire aux Oiseaux ? _____

As-tu une passion ou un talent particulier ? Es-tu inscrit dans une association ?

As-tu des commentaires sur le plan éducatif ?

FICHE SCOLAIRE

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Classe fréquentée cette année : _____

LV1 : _____

LV2 : _____

Nom, Prénom du représentant légal : _____

Adresse : _____

Numéro téléphone _____

E-mail :@.....

En cas de divorce (ou séparation) :

Nom, Prénom du 2^{ème} parent : _____

Adresse : _____

Numéro téléphone _____

E-mail :@.....

L'enfant a-t-il été suivi par :	A quelle époque ?	Pendant combien de temps ?
Un orthophoniste		
Un psychologue scolaire		
Autres spécialistes		

L'enfant porte -t-il des lunettes : oui non

L'enfant est t-il malentendant : oui non

Quelles autres indications vous semble t-il utile de préciser ?

PARCOURS SCOLAIRE ANTERIEUR		
Classe	Nom et adresse de l'établissement	Année

FICHE DE RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ACTIVITE PHYSIQUE

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de Naissance : ___/___/_____ **Ville (Département) :** _____

AVANT DE COMMENCER SA PRISE EN CHARGE AUX OISEAUX, VOTRE ENFANT PRATIQUAIT-IL UN SPORT ?

A l'école (EPS) : Oui Non

Nombre d'heures par semaine : _____

Est-il souvent dispensé ? Oui Non

Si oui, pour quelles raisons ? _____

A l'école (UNSS) : Oui Non

Quelle(s) activité(s) sportive(s) : _____

Nombre d'heures par semaine : _____

En Club : Oui Non

Quelle(s) activité(s) sportive(s) : _____

Nombre d'heures par semaine : _____

Depuis combien de temps ? _____

En Famille (avec les parents, frères, sœurs, etc.) : Jamais Parfois

Régulièrement

Quelle(s) activité(s) : _____

VOTRE ENFANT SAIT-IL :

Nager : Oui Non

Faire du Vélo : Oui Non

NOTE D'INFORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Lors des l'entretien avec les médecins et les diététiciens, un programme alimentaire adapté aux besoins nutritionnels de votre enfant vous sera remis et expliqué. Il est important de l'appliquer au domicile.

Pour une prise en charge nutritionnelle optimale, une charte du repas pris à l'AJO Les Oiseaux a été mise en place. Elle vous sera remise le jour de l'admission.

La charte du repas reprend les quantités minimales à consommer aux repas, ainsi que les notions de base de bonne tenue à table.

La viande de porc peut être remplacée si nécessaire.

Des temps de formation à l'attention des parents vous seront proposés durant le parcours de soins de votre enfant. Votre présence est fortement recommandée.

L'équipe diététique est à votre disposition, n'hésitez pas à les solliciter.

Pris connaissance le,

Signature des représentants légaux :

Nom :

Prénom :

(père-mère-tuteur)

Signature de l'enfant :

Nom :

Prénom :

DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL À REMPLIR PAR LES PARENTS

Le jour de l'admission, vous devez nous apporter le carnet de santé de votre enfant.

En l'absence du carnet de santé, fournir un certificat médical de vaccination.

 Les cases grisées ne sont pas à remplir

DATE : / /

NOM de l'enfant _____

PRÉNOM de l'enfant : _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ SEXE : F M

En cas de séparation ou de divorce, merci de noter l'adresse des 2 parents, et de préciser le lieu de résidence habituel de l'enfant :

Mère Père Autres : _____

Nom et prénom de la **mère** :

Date de naissance : _____

Origine : _____

Adresse : _____

N° de téléphone domicile ____/____/____/____/____

N° de téléphone portable ____/____/____/____/____

e-mail : _____@_____

Nom et prénom du **père** :

Date de naissance : _____

Origine : _____

Adresse : (si différente de la mère)

N° de téléphone domicile ____/____/____/____/____

N° de téléphone portable ____/____/____/____/____

e-mail : _____@_____

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Situation familiale : ensemble séparés

Père décédé : oui non Mère décédée : oui non

PÈRE :

Profession : _____

Poids actuel : kg max : kg Taille : cm IMC :

Avez-vous suivi un régime amaigrissant ? oui non

Avez-vous suivi une cure d'amaigrissement ? oui non

Avez-vous eu une intervention chirurgicale pour l'obésité ? oui non

(Pose d'un anneau gastrique, By Pass, Sleeve)

Maladie grave ou chronique : _____

MÈRE :

Profession : _____

Poids actuel : kg max : kg Taille : cm IMC :

(à l'exclusion des grossesses)

Avez-vous suivi un régime amaigrissant ? oui non

Avez-vous suivi une cure d'amaigrissement ? oui non

Avez-vous eu une intervention chirurgicale pour l'obésité ? oui non

(Pose d'un anneau gastrique, By Pass, Sleeve)

Maladie grave ou chronique : _____

Consanguinité familiale : oui non

FRATRIE (inscrire dans l'ordre tous les enfants de la famille) :

NOM	PRENOM	Date de naissance	POIDS	TAILLE	IMC	

Frère/ sœur décédé(e) : oui non

Place dans la fratrie : _____

RISQUES CARDIO-VASCULAIRES : Répondre par oui ou non.

	Diabète	Hypertension artérielle	Hypercholestérolémie	Infarctus du myocarde	Accident vasculaire cérébral	Obésité
Père						
Grand-père paternel						
Grand-mère paternelle						
Mère						
Grand- père maternel						
Grand-mère maternelle						

SCOLARITÉ - ORTHOPHONIE

Classe actuelle : _____ Classe(s) redoublée(s) : _____

Absentéisme scolaire : oui non Cause : _____

L'enfant mange-t-il à la cantine : oui non

L'enfant a-t-il des particularités alimentaires : oui non

Si oui, lesquelles ? _____

Prise en charge antérieure en **ORTHOPHONIE** : oui non

Motif du suivi : _____

Suivi en cours : oui non

SOMMEIL DE VOTRE ENFANT :

SOMMEIL	Heure du coucher	Heure du lever	Durée
Période scolaire			
Week-end et vacances			

SÉDENTARITÉ - LOISIRS

Type d'habitation : maison appartement

TV à domicile : oui non

TV dans la chambre : oui non

Ordinateur : oui non

Jeux vidéos : oui non

Téléphone portable : oui non

Ecrans heures/jour : En période scolaire : _____

Week-end et vacances : _____

ACTIVITÉS PHYSIQUES

	Scolaire	Extrascolaire (UNSS et club)	Familiale
Nombre d'heures par semaine			

Sport(s) pratiqué(s) : _____

Dispense de sport : oui non

Motifs de la dispense :

Moyen de transport domicile/école : à pied en bus en voiture

Durée du trajet à pied :

_____ minutes x _____ fois/Jour x _____ fois/semaine = _____

**LETTRE DE MOTIVATION OBLIGATOIRE
À REMPLIR PAR L'ENFANT**



DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL À REMPLIR PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR LORS D'UNE CONSULTATION

Nom du médecin prescripteur :

DATE : ____/____/____

NOM de l'enfant: _____ PRÉNOM de l'enfant: _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

POIDS : _____ (kg)

TAILLE : _____ (m)

INDICE DE MASSE CORPORELLE (P/T²) : _____ (kg/m²)

ALLERGIES :

a) Médicamenteuse : Z880 peni oui non

Si oui, précisez : _____

b) Alimentaire : Z910 oui non

Si oui, précisez : _____

c) Autres allergies : _____

d) L'enfant a-t-il déjà eu un bilan allergologique T784: oui non

Si oui, résultats : _____

e) L'enfant a-t-il déjà eu une désensibilisation : oui non

Si oui, laquelle ? _____

A LA NAISSANCE

Poids / Taille à la naissance :

 kg

 cm

Terme :

 SA

Allaitement maternel :

oui

non

Si oui, durée : _____

VACCINATIONS

Pour son arrivée dans l'établissement, l'enfant est-il à jour pour les vaccins obligatoires

DTCPolio

oui

non

ROR

oui

non

Contre le méningocoque C

oui

non

Contre hépatite B

oui

non

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Interventions chirurgicales :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

A- PATHOLOGIE RESPIRATOIRE :

ASTHME : J450- J451

oui

non

Si oui, traitement actuel : _____

TOUX lors de l'effort ou à l'arrêt de l'effort :

oui

non

Des EFR ont-elles été réalisées :

oui

non

B - PATHOLOGIE CARDIAQUE : Laquelle ? _____

L'enfant a-t-il eu une exploration chez le Cardiologue : oui

non

C - PATHOLOGIE ORTHOPÉDIQUE :

Pour permettre à l'enfant de pratiquer les activités physiques adaptées, il est indispensable d'avoir un avis spécialisé en fonction des antécédents de votre patient.

C.1 – PATHOLOGIE DES MEMBRES INFÉRIEURS :

Entorse à répétition T933 cheville genou

Explorations éventuelles : _____

Traitement : _____

Maladie d'Osgood Schlatter M925

Maladie de Sever (Talalgie) M925

Gonalgies récurrentes N 255

Boiteries

Antécédent d'une épiphysiolyse fémorale

C.2 PATHOLOGIE DU RACHIS

Cervicalgies : M542 oui non

Dorsalgies : M549 oui non

Si oui ; précisez : _____

Explorations éventuelles : _____

Lombalgies : M5456 oui non

Scoliose : M41 oui non

D - HOSPITALISATIONS ANTERIEURES date(s) et motif(s) :

E – ATCD D'HOSPITALISATION de longue durée hors territoire français dans l'année qui précède l'admission :

oui non

F – MALADIES CHRONIQUES : _____

G–TRAITEMENT EN COURS : _____

Si traitement se munir le jour de l'admission de l'ordonnance

H - TRANSFUSION au cours des 12 derniers mois : oui non

I – MIGRAINES ou CÉPHALÉES : G431 oui non

Explorations éventuelles : _____

J – TABAGISME : Z720 oui non

Autres addictions : oui non

Si oui, lesquelles : _____

PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE ANTÉRIEURE ET/OU EN COURS

oui non

Motif : _____

Année du suivi : _____

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ANTÉRIEURE ET/OU EN COURS

L'enfant a-t-il déjà eu un suivi psychologique : oui non

Par quel professionnel : psychologue psychiatre

Nom, adresse et téléphone de ce professionnel : _____

Année(s) du suivi : _____

Motif du suivi : _____

**Joindre un compte rendu médical du suivi par le professionnel concerné
OU un résumé de ce suivi par le médecin prescripteur du séjour**

PRISE EN CHARGE ÉDUCATIVE ET SOCIALE

L'enfant bénéficie-t-il d'une mesure d'AEMO : oui non

Nom, adresse et téléphone de l'éducateur : _____

La famille est-elle suivie par une assistante sociale : oui non

Nom, adresse et téléphone de l'assistante sociale : _____

Aide Educative à Domicile (AED): oui non

Nom, adresse et téléphone de l'éducateur : _____

PRISE EN CHARGE ANTÉRIEURE DE L'OBÉSITÉ

A- L'enfant a-t-il ou a-t-il déjà eu une prise en charge ambulatoire : oui non

Si oui, avec quel(s) professionnel(s), à quel âge, et pendant combien de temps :

B- L'enfant a-t-il été déjà hospitalisé en hospitalisation complète ou de jour (à préciser), dans quel(s) établissement(s), à quel âge ?, durée du séjour :

C- Symptômes liés à l'obésité :

- Enurésie F980 oui non

Traitement : oui non

- Encoprésie F981 oui non

- Ronflements nocturnes R065 oui non

- Syndrome Hypoventilation Obésité : oui non
(Apnée du sommeil)

Traitement : oui non

**BILAN MÉDICAL OBLIGATOIRE POUR L'ADMISSION DE L'ENFANT DANS
L'ÉTABLISSEMENT**

**A réaliser obligatoirement et à nous transmettre avec l'intégralité du dossier
d'admission**

Sanguin : NFS
Bilan d'exploration d'une anomalie lipidique
Glycémie – Insulinémie à jeun – HOMA
Transaminases
TSH
Ferritine
Vitamine D

Bilan Cardio-vasculaire : par un cardiologue

- ECG et échographie cardiaque
- Epreuve d'effort, si nécessaire

Avec certificat d'aptitude à la réadaptation à l'activité physique et pour la réalisation, du test d'effort de terrain de type Luc Léger.

Épreuve fonctionnelle respiratoire : en cas d'asthme

Bilan allergologique : en cas d'allergie alimentaire et/ou respiratoire

Nom du médecin prescripteur _____

Adresse _____

Cachet

Téléphone : ____/____/____/____/____ e-mail _____

(Document confidentiel)