



Unité Méditerranéenne de Nutrition

Soins de Suite et de Réadaptation (hospitalisation de jour enfants, adolescents et adultes)
Pavillon 7 – 4^{ème} étage - Hôpital Sainte Marguerite
270 Boulevard de Sainte-Marguerite - 13274 Marseille cedex 9
Tél. : 04 91 20 37 30 – Email : contact@umn-marseille.fr

FORMULAIRE ADMINISTRATIF ENFANT - ADOLESCENT
(A renseigner par la famille du patient)

◆ Identité du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : M F

Nationalité :

Classe : Etablissement scolaire :

Photo d'identité

◆ Identité du (des) répondant(s) : Père, Mère, Tuteur, Tutrice, Autre - Rayer les mentions inutiles

Nom : Prénom :

Adresse actuelle :

Ville : Code postal :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Nom : Prénom :

Ville : Code postal :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Situation familiale : Célibataire Divorcé(e) Marié(e) Pacsé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

◆ Prise en charge :

Numéro Sécurité Sociale :

Caisse d'Assurance maladie :

Adresse :

Mutuelle : N° d'Adhérent :

Adresse :

Téléphone :

◆ Informations générales :

Personne à prévenir : Lien de parenté :

Adresse :

..... Téléphone :

◆ **Mesure sociale :**

L'enfant, l'adolescent ou la famille sont-ils (ou ont-ils été) suivis par un service sociale, éducatif ou autres : AEMO ASE Autre :.....

Nom et adresse du service :.....

Nom et coordonnées de la personne ou du service en charge de la mesure :.....

..... Téléphone :

En cas d'urgence, j'autorise la Direction de "l'U.M.N" à prendre toutes décisions médicales ou chirurgicales.

Fait à :....., le :...../...../.....

Signature du (des) répondant(s) :

RAPPEL :

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE