

## Coordonnées du patient

NOM : ..... NOM DE JEUNE FILLE : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Téléphone : ..... Portable : .....  
 Date et lieu de naissance : .....

## Renseignements médicaux (Merci de joindre le courrier de votre médecin par fax / par mail)

**Coordonnées du médecin psychiatre**  
 Ce médecin est-il à l'origine de la demande ? OUI NON  
 Nom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Téléphone : .....

**Coordonnées du médecin traitant**  
 Ce médecin est-il à l'origine de la demande ? OUI NON  
 Nom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Téléphone : .....

## Couverture sociale

**Nom de l'assuré :** .....  
 N° d'immatriculation (13 chiffres + clé) : .....  
 CPAM     RSI     MSA     SMEREP     LMDE     Autres : .....

**Assurance Complémentaire :**  
 Nom de la mutuelle : ..... N° adhérent : .....  
 Téléphone : .....

## Personne à prévenir en cas de nécessité

NOM : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Téléphone : ..... Portable : .....  
 Lien avec le patient : .....

## Protection juridique

Tutelle     Curatelle     Autre (préciser) .....  
 Nom et coordonnées : .....  
 .....