

# Formulaire d'inscription et d'entrée

## Données personnelles du ou de la patient(e)

|                               |                                                      |
|-------------------------------|------------------------------------------------------|
| Nom                           | Date de naissance                                    |
| Prénom                        | Sexe<br>féminin masculin divers                      |
| Adresse                       | Téléphone mobile                                     |
| NPA / Localité                | Adresse e-mail                                       |
| Localité d'origine            | Nationalité                                          |
| Langue                        | Est-ce qu'une traduction est nécessaire ?<br>Oui Non |
| École / Employeur             | Nom et numéro de téléphone de l'enseignant(e)        |
| Pédiatre / Médecin de famille | NPA / Localité de pédiatre / médecin de famille      |

**Lorsqu'une situation dont l'état mental fait penser qu'il existe un danger aigu pour votre enfant ou pour autrui, veuillez-vous adresser directement au centre d'urgence : 058 630 88 44, atteignable 24/24h**

**Adresse : CPU Berne, Althaus, Bolligenstrasse 111, 3000 Berne 60**

## Données personnelles des parents / personnes de référence

|                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| Nom                          | Téléphone privé              |
| Prénom                       | Téléphone professionnel      |
| Adresse                      | Téléphone mobile             |
| NPA / Localité               | Adresse e-mail               |
| Autorité parentale           |                              |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

|                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| Nom                          | Téléphone privé              |
| Prénom                       | Téléphone professionnel      |
| Adresse                      | Téléphone mobile             |
| NPA / Localité               | Adresse e-mail               |
| Autorité parentale           |                              |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

## Personne de contact pour la coordination de RDV

|                                                    |                              |
|----------------------------------------------------|------------------------------|
| Nom                                                | Prénom                       |
| J'accepte de recevoir la correspondance par e-mail |                              |
| <input type="checkbox"/> Oui                       | <input type="checkbox"/> Non |

## Veuillez décrire la raison de votre inscription

## Professionnels et services spécialisés

Y a-t-il des professionnels impliqués?

Oui

Non

Si oui, veuillez indiquer les noms et adresses dans la rubrique « Contact ».

### Psychologue

Contact :

### Psychiatre

Contact :

### Médecin de famille / Pédiatre

Contact :

### Service psychologique pour enfants et adolescents (SPE)

Contact :

### Curateur / Curatrice

Contact :

### Service social / APEA

Contact :

### Assurance invalidité (AI)

Contact :

### Éducateur social / Éducatrice sociale / Accompagnement familial

Contact :

### Pédagogue curatif/ve

Contact :

### Logopédie

Contact :

## **Professionnels et services spécialisés**

### **Psychomotricité / Ergothérapie**

**Contact :**

### **Coach scolaire**

**Contact :**

### **Travailleur social / Travailleuse sociale en milieu scolaire**

**Contact :**

### **Autres**

**Contact :**