



Demande d'intervention EMIP

Equipe mobile d'intervention de pédopsychiatrie

Fiche à renvoyer dûment remplie à emip@ch-sud77.fr

Attention : Les familles doivent être informées de cette demande et avoir donné leur accord pour être contactées par l'EMIP.

PATIENT

NOM du jeune :

PRENOM du jeune :

Date de naissance :

Sexe : féminin masculin NG

Domiciliation de l'enfant : Parents Famille d'accueil Foyer Autres :

INFORMATIONS REPRESENTANTS LEGAUX :

Nom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

INSTITUTION OU PROFESSIONNEL DEMANDEUR

Nom de l'institution :

PERSONNE A CONTACTER

Nom :

Prénom :

Numéro :

Fonction :

Motif(s) de la demande :

(Signes cliniques, contexte, ...)

A remplir par l'EMIP :

Date de réception de la demande :

Réponse apportée le :