

Date de la demande : \_\_\_\_\_

**Formulaire de demande de suivi psychologique Centre Ados Riviera**

**Joindre impérativement le bon de psychothérapie psychologique : [Bon psychologique](#)**

DEMANDEUR

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Fonction :** \_\_\_\_\_ **Institution :** \_\_\_\_\_

**Téléphone:** \_\_\_\_\_ **E-mail :** \_\_\_\_\_

---

PATIENT

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_ **Prénom souhaité :** \_\_\_\_\_

**Téléphone patient :** \_\_\_\_\_ **Téléphone représentant légal :** \_\_\_\_\_

**Adresse postale complète :** \_\_\_\_\_

**Adresse e-mail :** \_\_\_\_\_

**Autorité parentale :** \_\_\_\_\_

**Assurance (LAMal, AI, LAA) :** \_\_\_\_\_ **Ass. complémentaire :** \_\_\_\_\_

**Si patient mineur : parents au courant de la demande :**  Oui  Non, expliquer la raison :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Médecin traitant (doit être au courant et approuver le suivi au Centre Ados Riviera)  Pas de médecin traitant

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **E-mail :** \_\_\_\_\_

Autres intervenants (psychiatre, assistant social, éducateur, etc.)  Pas d'autre intervenant

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

