

Formulaire d'inscription et d'entrée

Données personnelles du ou de la patient(e)

Nom	Date de naissance
Prénom	Sexe femelle masculin divers
Adresse	Téléphone mobile
NPA/lieu	Adresse email
Lieu d'origine	Nationalité
Langue	Est-ce qu'une traduction est nécessaire ? Oui Non
École/Employeur	Nom et numéro de téléphone de l'enseignant(e)
Pédiatre / Médecin de famille	Numéro de téléphone de pédiatre / médecin de famille

Si votre enfant représente un danger aigu pour lui-même ou pour autrui, veuillez-vous adresser directement au le centre d'urgence de psychiatrie pour enfants et adolescents.

Vous pouvez nous joindre 24 heures sur 24 au 058 630 88 44.

Adresse : Althaus, Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60

Données personnelles des parents / personnes de référence

Nom **Téléphone privé**

Prénom **Téléphone professionnel**

Adresse **Téléphone mobile**

NPA/lieu **Adresse email**

Autorité parentale

Oui Non

Nom **Téléphone privé**

Prénom **Téléphone professionnel**

Adresse **Téléphone mobile**

NPA/lieu **Adresse email**

Autorité parentale

Ja Nein

Personne de contact pour la coordination de RDV

Nom **Prénom**

Le service de conseil en éducation

Le service de conseil en éducation est-il impliqué ?

Oui Non

Veillez joindre une copie de la carte d'assurance maladie et envoyer le formulaire à l'adresse e-mail suivante : kjp.biel@upz-bern.ch

Veillez décrire la raison de votre inscription