



AP-HP. Nord
Université
Paris Cité

DEMANDE D'ADMISSION D'UN PATIENT DE MOINS DE 16 ANS AU SEIN D'UN SERVICE PRENANT EN CHARGE DES PATIENTS ADULTES

Suivi du document : Cadre Expert en Soins

Limite de validité :
04/10/2026

Réf. : DSAP-FOR-02204

Madame/Monsieur le Directeur,

Conformément à l'article 86 du Règlement Intérieur Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, concernant l'admission d'un mineur de moins de 16 ans dans une unité de soins prenant en charge des patients adultes, nous sollicitons votre autorisation en vue de l'admission, à l'Hôpital, GHU AP-HP Nord Université Paris Cité, de :

L'enfant (nom, prénom) Fille Garçon

Né(e) le : âgé(e) de ans

Admis en urgence le

Dont l'admission est prévue le

Dans le service :

Partie « Titulaires de l'autorité parentale » :

Nous, titulaire(s) de l'autorité parentale acceptons l'admission de l'enfant susvisé au sein de l'Hôpital

(Noms, prénoms, coordonnées et qualité) :

Date :

Signatures des titulaires de l'autorité parentale :

Partie « Médecin en charge du patient »

Je soussigné, Docteur/Professeur (Nom, prénom, qualité) *JONDEAU Guillaume*

Émet un avis favorable à la prise en charge de l'enfant susvisé

Date :

Signature obligatoire : *Jondeau*

Partie « Directeur/Administrateur de garde » :

Compte-tenu des éléments portés à ma connaissance ci-dessus, j'autorise l'admission du mineur susvisé au sein de l'Hôpital dans le service de

Date :

Nom et prénom :

Qualité :

Signature :

Formulaire à adresser :

- au Directeur/Administrateur de garde :
 - o du lundi au vendredi aux heures ouvrées : au secrétariat de direction du site
 - o en dehors de ces jours et heures ouvrables, contacter l'administrateur de garde du site en passant par le standard (9).
- puis à retourner au service concerné

Impression pour information. Seule la version électronique fait foi.