

**FORMULAIRE DE PRE-ADMISSION CLINIQUE**  
**A RETOURNER SOUS 24h**

**Formulaire à retourner à la Clinique MIRAMBEAU**  
**22 avenue de Maignon**  
**64600 ANGLET**

**Téléphone : 05.59.52.33.00**  
**Télécopie : 05.59.63.00.60**

**Mail : [clinique.mirambeau@wanadoo.fr](mailto:clinique.mirambeau@wanadoo.fr)**

**NOM** : ..... **NOM DE JEUNE FILLE** : .....  
Prénoms : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... **VILLE** : .....  
Téléphone : ..... **Portable** : .....  
Adresse mail : .....  
Date de naissance : ..... **Lieu de naissance** : .....

**Personne à prévenir en cas de nécessité** : .....  
**NOM** : ..... **Prénoms** : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... **VILLE** : .....  
Téléphone : .....

**Etes-vous sous protection juridique ?**  OUI  NON  
 Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  
 Autres (préciser) : .....  
**NOM et PRENOMS du tuteur/curateur** : .....

**NOM du médecin Traitant** : ..... **Téléphone** : .....  
Adresse : .....

**NOM du Psychiatre** : ..... **Téléphone** : .....  
Adresse : .....

**Sécurité sociale**

**Nom caisse** : ..... **Mutuelle Complémentaire**  
**N° Immatriculation** : ..... **N° Adhérent** : .....

**CMU** :  OUI  NON **Nom de la mutuelle** : .....  
**ALD (100%) ou Invalidité** :  OUI  NON **Adresse et téléphone** : .....

**Merci de nous retourner le formulaire par mail, fax ou courrier avec les documents suivants :**

- une attestation d'assurance maladie à jour ou photocopie de la carte vitale,
- une photocopie de la carte d'adhérent mutuelle (recto/verso)
- une photocopie de votre pièce d'identité (recto/verso)

**Merci de vous munir de : votre carte vitale, votre carte mutuelle et d'une pièce d'identité.**