



DEMANDE D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE

(merci de joindre un justificatif d'identité)

E.M.P.P.

1 rue d'Archambault
BP 11010
54521 LAXOU Cedex

Chef de Service
Professeur Vincent LAPREVOTE

**Responsable de l'unité
médicale**
Docteur Nicolas MARC
Praticien Hospitalier

Cadre supérieure de Pôle
Mme Myriam MAGAUD

**Faisant Fonction
Cadre de santé**
M. Florian PERRIN

Secrétariat
06 85 22 01 63
empp@cpn-laxou.com

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance/pays :

Nationalité :

Langue parlée :

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

Date d'arrivée en France (personne migrante) :

Situation administrative (personne migrante) :

Ci-dessous : le lieu de vie et l'adresse ET NON LA DOMICILIATION

Type de logement :

Mode de vie (en famille, colocation, dans la rue) :

Adresse du lieu de vie :

Téléphone :

Mail :

MOTIF de la demande (anxiété, troubles dépressifs, troubles alimentaires,...) :

Structure de rattachement :

Nom du travailleur social référent :

Téléphone :

Mail :

Demande du :