



**ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE DOCTEUR THUET**  
**SOINS DE SUITE - E.H.P.A.D - SOINS A DOMICILE - ACCUEIL DE JOUR**

7, RUE COLBERT  
68190 ENSISHEIM  
Tél. 03 89 81 12 55 Fax 03 89 26 42 22  
E-mail : [eps.drthuet@hopital-ensisheim.fr](mailto:eps.drthuet@hopital-ensisheim.fr)  
Site Internet: [www.hopital-ensisheim.fr](http://www.hopital-ensisheim.fr)

Infirmière coordinatrice :  
Mme VAUTRIN : 03/89/26/36/65  
Accueil de jour :  
Tél 03/89/26/36/64  
Courriel : [accueildejour@hopital-ensisheim.fr](mailto:accueildejour@hopital-ensisheim.fr)

**ATTESTATION MEDICALE D'ENTREE A L'ACCUEIL DE JOUR**

*A compléter par le médecin de l'hôpital de jour ou par le médecin neurologue*

Je soussigné (e), .....

Nom et adresse de l'hôpital de jour : .....

atteste que l'évaluation gérontologique et neurologique confirme l'existence de  
troubles cognitifs et justifie une prise en charge en accueil de jour pour :

Madame

Née le

Domiciliée à

le cas échéant représenté(e) par

Monsieur

En qualité de

Domicilié à

Fait à .....le.....

Signature et cachet médical :

## INDICATIONS DE PRISE EN CHARGE

1) Un soutien en accueil de jour est indiqué pour : *(cocher la case correspondante)*

- 1 journée
- 2 journées

2) Dans le cadre du projet individuel de prise en charge, je propose : *(cocher les activités préconisées)*

Préservation des acquis  
individuelle

- Jeux de mémoire
- Lecture du journal
- Gym douce
- Balade
- Atelier pâtisserie

Estime de soi, expression

- Chants, musique
- Atelier manuel
- Se rendre utile
- Biographie (photos, album)

Vie sociale

- Jeux de société
- Groupe de conversation
- Fête, anniversaire

- Contes et légendes
- Temps de repos
- Sorties

3) Dans le cadre de la prise en charge de l'accueil de jour, quels sont les objectifs attendus :

.....

.....

.....

.....

4) Surveillances et (ou) conseils particuliers :

.....

.....

.....

.....

Fait à ..... le .....

Signature :

Cachet médical :