

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS

A retourner par **mail** (secretariatped@ch-aubagne.fr) ou par **courrier** au secrétariat de pédiatrie 179, Avenue des Sœurs Gastine13677 Aubagne Cedex

	NOM	Prénom	Adresse	☎ maison	☎ mobile
Enfant Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Né(e) le :					06.

Adresse e-mail des parents : Scolarité / Classe de l'enfant :

Si votre enfant a / a eu un suivi spécialisé, médical ou chirurgical (en dehors des pathologies courantes de l'enfance), merci de nous le préciser :

Si noms et/ou coordonnées différents de l'enfant, merci de compléter ci-dessous :

Maman					06.
Papa					06.

Nom et adresse du médecin traitant actuel de l'enfant : Dr

Veuillez relever ci-dessous, d'après le carnet de santé de l'enfant, le détail de toutes les consultations médicales (date, taille et poids), de la naissance jusqu'à la dernière consultation. **Merci de fournir une dernière date / taille / poids datant d'il y a moins de 3 mois. Vous pouvez vous faire aider par votre médecin traitant**

Age (an)	Date	Taille	Poids	Age (an)	Date	Taille	Poids	Age (an)	Date	Taille	Poids
1				7				13			
2				8				14			
3				9				15			
4				10				16			
5				11				17			
6				12				18			