

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS AU RÉPPOP-FC

A retourner par **mail** (repop-fc@chu-besancon.fr), par **fax** (03 81 21 90 06) ou par **courrier** au
RÉPPOP-FC, CHU St-Jacques, 2 place St-Jacques, 25030 Besançon 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 :**

Enfant orienté par (médecin traitant, infirmière scolaire...) :

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

Veillez 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.**

Consultation n°	Date	Taille	Poids	Consultation n°	Date	Taille	Poids	Consultation n°	Date	Taille	Poids
1 (naissance)				7				13			
2				8				14			
3				9				15			
4				10				16			
5				11				17			
6				12				18			