

FORMULAIRE A RETOURNER PAR LES PARENTS :



- par mail à cso.pediatrie@chu-dijon.fr ou
- par fax au 03 80 29 32 40 ou
- par courrier au Dr Bournez ou Dr Bonniaud, Hôpital d'enfants, 14 rue Gaffarel , BP 77908, 21079 DIJON CEDEX

| | NOM | PRENOM | ADRESSE | TEL FIXE | TEL MOBILE |
|--|-----|--------|---------|----------|------------|
| Enfant né le : <input type="checkbox"/> garçon <input type="checkbox"/> fille | | | | | |
| Maman (si coordonnées différentes) | | | | | |
| Papa (si coordonnées différentes) | | | | | |

Adresse mail parents :

Scolarité/ Classe de l'enfant :

Enfant orienté par (Médecin traitant, Infirmière scolaire, Autre....) :

Nom, Adresse du médecin traitant actuel qui suit l'enfant : Dr

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

.....
.....

Veillez relever ci-dessous, d'après le carnet de santé, le détail de toutes les consultations médicales (date, taille, poids) de la naissance à la dernière consultation, avec dernières mensurations datant de moins 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 | | | |