

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS AU RÉPPOP-BFC

A retourner par **mail** reppop-bfc@chu-besancon.fr par **fax** 03 81 21 90 06 ou par **courrier** au
 RÉPPOP-BFC, CHRU 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 :					

Adresse(s) 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 :

Parent					
Parent					

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.**

Consultation n°	Date	Taille	Poids	Consultation n°	Date	Taille	Poids	Consultation n°	Date	Taille	Poids
1 - naissance				6				11			
2				7				12			
3				8				13			
4				9				14			
5				10				15			