



### FORMULAIRE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS



A retourner par **mail** : [cs0.pediatrie@chu-dijon.fr](mailto:cs0.pediatrie@chu-dijon.fr) ou par **fax** : 03 80 29 32 40 ou par **courrier** au :  
CSO pédiatrique, Hôpital d'enfants, 14 rue ~~Gaffarel~~, BP77908, 21079 DIJON CEDEX

	NOM	Prénom	Adresse	t maison	t mobile
<b>Enfant</b> 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 ..... | .....

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			

En remplissant ce formulaire, vous reconnaissez avoir pris connaissance de notre politique de gestion des données personnelles et vous l'acceptez - <https://www.reppop-bfc.com/page-mentions-legales> Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à l'équipe de coordination du ~~B4PPOR~~ BFC - [reppop-bfc@chu-besancon.fr](mailto:reppop-bfc@chu-besancon.fr)