

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS AU RÉPPOP-BFC

A retourner par mail coordination@reppopbfc.fr ou par courrier au RéPPOP-BFC, 2 place des savoirs 21035 Dijon Cedex

	NOM	Prénom	Adresse	(maison	(mobile
Enfant					
Garçon Fille					
Né(e) le :					
Adresse(s) e-mail de	s narents ·				
Scolarité / Classe de	l'enfant :				
•			l (en dehors des pathologies courantes de l'er		
	-	•	. (c. a	-	
Si noms et/ou coordo	nnées différents de l'en	fant, merci de compléte	er ci-dessous :		
Parent					
Parent					
Nom et adresse du n	nédecin traitant actuel	de l'enfant : Dr			
	•		t, le détail de toutes les consultations médic	=	et poids), de la

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/pagementions-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 RéPPOP-BFC - reppop-bfc@chu-besancon.fr