



Formulaire d'admission

Le présent document fait partie du dossier médical de votre enfant. Il est soumis au secret médical le plus strict. Merci de remplir ce document DIRECTEMENT DANS LE FICHIER. Ne pas l'imprimer svp ! Merci ensuite de le retourner par email. L'adresse email du cabinet est sécurisée.

Nom de l'enfant :	<input type="text"/>		
Prénom de l'enfant :	<input type="text"/>		
Date de naissance :	<input type="text"/>	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Caisse-maladie :	<input type="text"/>	Numéro AVS : 756.	<input type="text"/>
Numéro de carte d'assuré :	80756	<input type="text"/>	
Numéro d'assuré (si disponible) :	<input type="text"/>		

Nom de la mère :	<input type="text"/>	Tel :	<input type="text"/>
Prénom de la mère :	<input type="text"/>		
Adresse de la mère :	<input type="text"/>	email :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		

Nom du père :	<input type="text"/>	Tel :	<input type="text"/>
Prénom du père :	<input type="text"/>		
Adresse du père :	<input type="text"/>	email :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
Autorité parentale :	<input type="text"/>		

Nom du pédiatre traitant :

Est-ce que votre enfant a déjà été opéré-e ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer le type d'opération et l'année :

Est-ce que votre enfant a déjà été hospitalisé-e ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer le motif d'hospitalisation et l'année :

Est-ce que votre enfant a des allergies ? Oui Non

Si oui, à quoi est-il/elle allergique :

Est-ce que votre enfant prend régulièrement des médicaments :? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Y a-t-il des maladies génétiques ou héréditaires connues dans vos familles ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

