

N° dossier
Nom
Prénom
Date de naissance
NAM
Nom de la mère
Prénom de la mère
Nom du père
Prénom du père

Photographie médicale Documentation clinique complémentaire

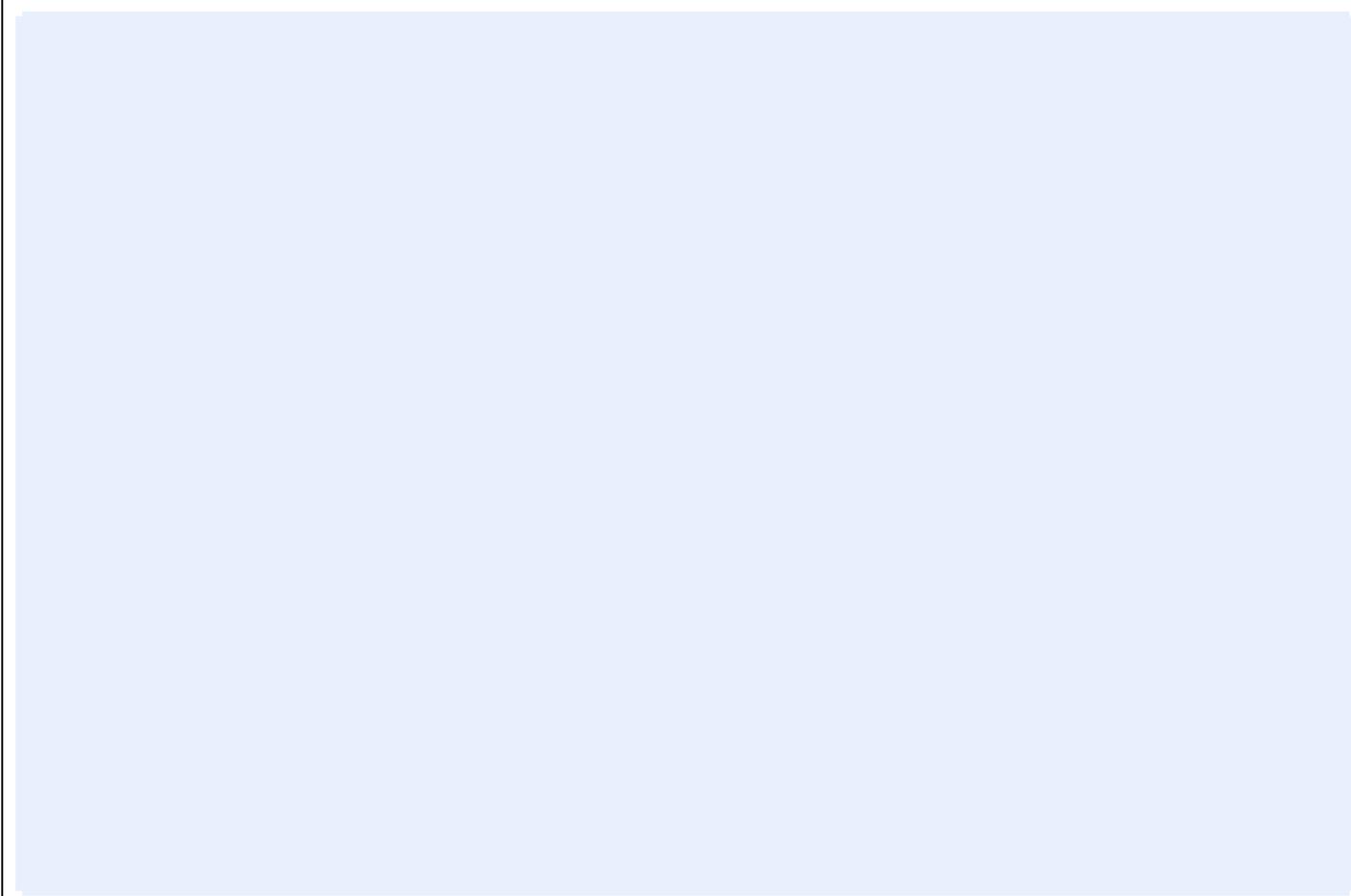
Date de prise de la photo _____
aaaa/mm/jj

Installation _____

Nom du professionnel _____

Téléphone _____ Poste _____

Consentement obtenu le _____ Verbal (note au dossier faite) Écrit (déposé au dossier)
aaaa/mm/jj



Dépôt au dossier

Date _____ Heure _____ Signature _____ Profession _____
aaaa/mm/jj hh:mm