

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (confidentiels)

A FAIRE REMPLIR PAR UN MEDECIN

A joindre au dossier et destiné aux Médecin O.R.L, Pédiopsychiatre, Généraliste de l'INJS
A retourner cacheté au Secrétariat de l'Infirmier de l'INJS

33, rue de l'Épine – BP 20130 Cognin – 73290 La Motte Servolex

Tél/Fax 04.79.68.57.15

NOM DU MEDECIN : Téléphone:

Adresse :

Code Postal Commune ou Ville :

Enfant pour lequel l'admission est demandée:

Nom : Prénom:

Sexe : Masculin/Féminin

Date de naissance :

Poids : Taille :

Responsable de l'enfant

Monsieur Madame Mademoiselle (*préciser*)

Nom : Prénom:

Degré de parenté :

Adresse :

Code Postal : Commune ou Ville :

Téléphone :

Verso à compléter .../...

