



**DEMANDE DE COMMUNICATION
DU NUMERO DE SECURITE SOCIALE DE L'ENFANT
MEMBRE du RESEAU PEDIATRIQUE DU SUD ET OUEST FRANCILIEN**

Afin de nous permettre d'identifier au mieux les différents besoins des bébés qui vont être inclus dans le réseau, et les adapter au mieux à l'offre, nous vous demandons votre accord pour disposer du **numéro de sécurité sociale de votre enfant**.

Je soussigné(e),..... accepte de communiquer le numéro de sécurité sociale de mon enfant.

Données concernant l'enfant membre du réseau :

Nom :

Prénom :

Numéro de Sécurité Sociale : I _ I I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I

Centre de Sécurité Sociale :

Fait à, le.....

Signature