



PREMIERE CONSULTATION du médecin pilote après la sortie

CERTIFICAT de SUIVI

A renvoyer à :

ASNR, gestion du réseau pédiatrique
Parc Technologique – Immeuble « Le Carnot » - Hall 9
20-22 avenue Edouard Herriot
92350 Le Plessis Robinson

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I _ I _ I

Nom du médecin pilote effectuant la consultation :

Cachet du médecin :

Date de la consultation : I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I _ I _ I

Signature du médecin :

Signature des parents :