



## CONSULTATION à ... âge

### CERTIFICAT de SUIVI

*A renvoyer au : Réseau Pédiatrique du Sud et Ouest Francilien  
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

Nom du médecin pilote effectuant la consultation : .....

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

I \_ I \_ I I \_ I \_ I I \_ I \_ I \_ I

Signature du médecin :

Signature des parents :