

Afin d'assurer un suivi clinique et administratif de qualité pendant le traitement de votre enfant, nous vous remercions de bien vouloir remplir cette fiche de renseignements.

<b>Patient</b>	<b>Responsable légal / Assuré</b>
<p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>.....</p> <p>CP et VILLE : .....</p> <p>Né le ..... Classe : .....</p> <p>Etablissement scolaire : .....</p> <p>Correspondant (personne qui vous adresse au cabinet) : .....</p> <p>Dentiste Traitant : .....</p> <p>Antécédents Cliniques / Pathologiques : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>Allergies / Contre-indications :</u> .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre .....</p> <p>Nom assuré : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>N° Sécu. : .....</p> <p>Adresse (si différente) : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Caisse Primaire d'Assurance Maladie de : .....</p> <p>.....</p> <p>Mutuelle : .....</p> <p>Tél. domicile : .....</p> <p>Tél. travail : .....</p> <p>Profession (Facultatif) : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Informations complémentaires :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>N° de dossier :</p>	<p><b>Date : «date_du_jour»</b></p>