

Cachet du réseau :

PROFESSIONNEL DE SANTE (à remplir par le médecin traitant)

Nom :

Prénom :

N° identification :

Lieu d'exercice :

Déclare adhérer à la charte du réseau et en respecter les dispositions.

Date :

Signature

Cachet professionnel

DIAGNOSTIC : Rebond précoce Surpoids Obésité Anorexie oppositionnelle

ENFANT PRIS EN CHARGE (à remplir par la famille)

Nom du bénéficiaire : Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____ /

Adresse :

Code postal : _ / _ / _ / _ / _ / Ville :

Tél fixe : __ - - - - - Portable : __ - - - - -

E-Mail: @.....

Organisme d'assurance maladie de rattachement : CPAM Autres, précisez :

Nom de l'assuré : Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

N° de sécurité sociale : _ - - - - -

Déclare avoir pris connaissance du document d'information sur le réseau et d'adhérer à la charte.

Date :

Signature :

Réseau D.O.N.C – Siège social association : 23, rue grande vallée - 50100 Cherbourg

Centre Hospitalier Public du Cotentin – secrétariat D.O.N.C. 02 33 20 77 84

Mail : secretariat.donc@ch-cotentin.fr

Site internet : www.reseau-donc.fr

En application des articles 39 et suivants de la loi du 06 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.