

Fiche administrative patient (enfant & adolescent)

Patient	Responsable légal / Parents séparés
Nom : .....	Nom & prénom (parent 1) :
Prénom : .....	.....
Date de naissance : .....	Nom & prénom parent 2 (si séparation) :
N° de registre national : .....	.....
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Adresse parent 2 (si séparation) :
Adresse : .....	.....
.....	CP : ..... Ville : .....
CP : ..... Ville : .....	Mutuelle + code (ex : mutualité chrétienne = 137) :
GSM patient : .....	.....
Nom du Correspondant (personne qui vous	GSM parent 1 : .....
adresse au cabinet, dentiste-médecin-	GSM parent 2 (si séparation) : .....
connaissance) : .....	Tél. domicile : .....
Dentiste Traitant : .....	Adresse mail principale :
Médicament(s) / Maladie(s) particulière(s) :	.....
.....	Motif de la consultation en orthodontie :
.....	.....
<u>Allergies / Contre-indications (par ex : latex,)</u> :	Votre enfant a déjà porté un appareil ?
.....	.....