



# FICHE DE LIAISON SANS CONSULTATIONS MÉDICALES DEDIEES

A TRANSMETTRE

PAR MAIL [contact@rp974.com](mailto:contact@rp974.com) OU FAX 0262 37 21 73

## ORIENTATION DU PATIENT VERS LE RP974

- suite au dépistage de la Médecine Scolaire
- par le médecin traitant habituel
- suite au dépistage de la PMI
- par un médecin hospitalier
- autre :

médecin traitant habituel			
nom & prénom du patient			
date de naissance / sexe		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
poids		taille	
adresse + CP			

Pratique d'une activité sportive en dehors de l'école	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Participation demandée aux SEANCES activité physique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Participation demandée aux ATELIERS (alimentation, sommeil, écrans)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Prise en charge diététique demandée	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Prise en charge psychologique demandée	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

signature médecin

signature patient

signature responsable légal