

## QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

**NOM de l'enfant :** .....

Prénom(s) de l'enfant : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Sexe : M ☐

F ☐

Adresse : .....

---

### RESPONSABLES LEGAUX :

NOM : ..... / ..... Prénoms : ..... / .....

Professions : ..... / .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Numéros de téléphone : ..... / .....

Mail : ...../.....

---

### ASSURE SOCIAL (Nom de famille/ Nom d'usage) :

NOM : .....

Prénoms : .....

N° de S.S : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CMU : OUI ☐ NON ☐

MUTUELLE : OUI ☐ NON ☐

Nom de la mutuelle : .....

---

### NOM DU MEDECIN TRAITANT/PEDIATRE OU DU NEUROLOGUE / NEUROPEDIATRE DE L'ENFANT : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Adresse e-mail : .....