

Inscription et Informations

Nom
Prénom.....
Date de naissance Lieu de naissance.....
Date du diagnostic (nom du médecin)
Prénom du père Fonction
Niveau scolaire
C I N
Nom et prénom de la mère
Revenu annuel des parents.....
Consanguinité : 1 2 3 >3
Origine :
Autres cas dans la famille

Adresse

.....
TéléphoneE mail

Assurance : CI CNAM..... Autres
N°

Carte handicap

Si le malade dispose de photoprotection :

Film	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Vêtements	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Lunettes	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Ecran	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Climatiseur	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Nom du médecin traitant Tel.....
E mail.....

Nom de l'assistante socialeTel.....
E mail.....

Motivation des parents : (1 à10) (à remplir par le médecin ou l'assistante sociale)

Type d'habitat.....

Pièces jointes :

- Copie de la carte de handicap
- Copie de la carte d'assurance (CNAM)
- Formulaire de maladie chronique (délivré par la CNAM)
- Copie CN du père
- Bulletin de naissance
- Photo