

Date de la demande : _____

Formulaire de demande de suivi diététique au Centre Ados Riviera

Joindre impérativement le bon de diététique : [Bon diététique](#) (sauf si prise en charge par l'assurance complémentaire) et fournir, si disponibles, les courbes de poids

DEMANDEUR

Nom : _____ **Prénom :** _____

Fonction : _____ **Institution :** _____

Téléphone: _____ **E-mail :** _____

PATIENT

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ **Prénom souhaité :** _____

Téléphone patient : _____ **Téléphone représentant légal :** _____

Adresse postale complète : _____

Adresse e-mail : _____

Autorité parentale : _____

Assurance (LAMal, AI, LAA) : _____ **Ass. complémentaire :** _____
