



## CONSULTATION à ... âge

### CERTIFICAT de SUIVI

*A renvoyer à :*

RPSOF-ASNR

ZAC des Godets – 1-4 impasse de la Noisette – Bâtiment A – Hall A2

91370 VERRIERES-LE-BUISSON

@ [secretariat@rpsof-asnr.fr](mailto:secretariat@rpsof-asnr.fr)

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date de naissance :        I \_ I \_ I I \_ I \_ I I \_ I \_ I \_ I \_ I

Nom du médecin pilote effectuant la consultation : .....

Cachet du médecin :

Date de la consultation :    I \_ I \_ I I \_ I \_ I I \_ I \_ I \_ I \_ I

Signature du médecin :

Signature des parents :