

## 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 : .....