

# Rapport de consultation médicale, dentaire, thérapeutique, soignante

Merci de remplir les trois premières parties avant la visite.

## Autorisation

La ou le responsable légal-e de l'enfant citée ci-dessous autorise la ou le médecin, la ou le dentiste ou la ou le thérapeute à transmettre les informations contenues dans ce document à la structure qui accueille son enfant.

Oui      Non

## Autorisation confirmée par

Nom, prénom de la ou du responsable légal-e:

Signature de la ou du responsable légal-e:

Autre document:

Nom(s) de la (des) structure(s) qui accueille(nt) l'enfant:

## Concerne

Nom:       Prénom:

Date de naissance:

Date de la visite:

Accompagné-e par (nom et prénom):

Nom et prénom de la ou du médecin, dentiste, thérapeute, soignant-e:

### 1. Motifs de la consultation:

### 2. Attitudes et décisions:

### 3. Examens effectués:

**4. Traitements médicamenteux** (si changement de posologie, introduction d'un nouveau traitement ou de l'arrêt d'un traitement):

**5. Protocole d'urgence** (allergie, épilepsie, autres): **Oui**      **Non**

**6. Explications du soin, acte, geste:**

**7. Commentaires:**

Signature de la ou du médecin, dentiste, thérapeute, soignant-e:

Timbre de la ou du médecin, dentiste, thérapeute, soignant-e: