



FICHE D'IDENTITE PROFESSIONNELLE

DONNEES ADMINISTRATIVES

NOM	
PRENOM	
PROFESSION*	
N° ADELI	
N° SIRET	
ADRESSE PROFESSIONNELLE	
MAIL	
TEL	

1

**Joindre copie du Diplôme concerné*

CHAMPS D'INTERVENTION / SPECIALITES

(ces informations figureront sur notre annuaire accessible aux familles)

MODALITES DE PRISES EN CHARGE

Sur prescription A la demande de la famille

Coût moyen d'un **bilan** :€ Coût moyen d'une **consultation** : €

Remboursement sécurité sociale : Total Partiel Aucun

	OUI	NON
Je souhaite que le réseau me crée une adresse de messagerie sécurisée via le portail e-santé Bretagne (permet recevoir les bilans et comptes rendus concernant les enfants)		
Je souhaite être sollicité si une concertation pluridisciplinaire est organisée au réseau pour l'un de mes patients.		
Je souhaite être informé des temps de formations et de conférences organisées par le réseau.		

Date et lieu

Signature

