



## SMR Pédiatrique VAL PRE VERT

Traitement des pathologies digestives, métaboliques et endocriniennes

Domaine du Laou - 929 Route de Gardanne - 13105 MIMET

Tel : 04 42 16 07 00 / Mail : [secretariat@valprevert.com](mailto:secretariat@valprevert.com)

### FICHE ADMINISTRATIVE

En cochant cette case, j'accepte que mes données soient traitées conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) en vigueur depuis le 25 mai 2018, selon la politique de confidentialité détaillée sur le site de Val Pré Vert ([creadop-valprevert.com](http://creadop-valprevert.com)) dans la rubrique « mentions légales ».

#### Patient :

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe : ..... Date de naissance : .....  
Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....  
Portable : ..... Mail : .....

#### Identité des détenteurs de l'autorité parentale :

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : ..... Adresse : .....  
.....  
N° de téléphone fixe : ..... Professionnel : .....  
Portable : ..... Mail : .....

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
N° de téléphone fixe : ..... Professionnel : .....  
Portable : ..... Mail : .....

#### Situation des parents :

Mariés                       Vie maritale                       Veuf (ve)  
 Séparés                       Divorcés

Jugement de divorce en date du : ..... (***joindre une photocopie***)

Mère remariée (ou vivant maritalement) avec : .....  
Père remarié (ou vivant maritalement) avec : .....

#### Autre personne à prévenir en cas d'urgence (membre de la famille ou autre) :

Nom : ..... Prénom : .....  
N° de téléphone fixe : ..... Professionnel : .....  
Portable : ..... Mail : .....

#### La présence de votre enfant dans l'établissement est confidentielle mais souhaitez-vous qu'elle soit également non divulguée ?

Oui     Non

**Situation professionnelle des parents :**

Merci de noter la profession dans la case correspondante :

	Père	Mère
Salarié		
Fonctionnaire		
Travailleur indépendant		
Sans profession		
Demandeur d'emploi		
RMI		

**Composition de la fratrie :**

NOM	Prénom	Date de naissance	Classe suivie ou activité professionnelle

**Assuré (e) :**

Nom : ..... Prénom : .....

**Sécurité Sociale :**

Nom de l'organisme dont dépend l'assuré : .....

Adresse : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

**Mutuelle :**

Nom de l'organisme : .....

N° d'adhérent : .....

Adresse : .....

.....

Le.....

Signature de la Mère

Signature du Père