

Pour mieux connaître votre enfant et lui apporter le meilleur soin possible

**NOM:** \_\_\_\_\_ **Prénom:** \_\_\_\_\_ **Date de naissance:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NOM mère:** \_\_\_\_\_ **Prénom mère:** \_\_\_\_\_ **Date de naissance:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NOM père:** \_\_\_\_\_ **Prénom père:** \_\_\_\_\_ **Date de naissance:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_ **Code postal:** \_\_\_\_\_ **Ville:** \_\_\_\_\_

 **mère:** .....  **père:** .....

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Comment avez-vous connu le cabinet ?** \_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il déjà consulté un chiropracteur ?**  *Oui*  *Non* **Le(s)quel(s) ?** \_\_\_\_\_

**Naissance:** Terme prévu le: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Durée du travail:** \_\_\_\_\_

**Taille de naissance:** \_\_\_\_\_ cm **Poids de naissance:** \_\_\_\_\_ kg

**Péridurale:**  *Oui*  *Non*

**Naissance par:**  *Voie basse*  *Césarienne*  *Déclanchement*

**Aide:**  *Ventouses*  *Forceps*  *Spatules*

**Si césarienne, motif:** \_\_\_\_\_

**Position de la mère durant l'accouchement:** \_\_\_\_\_

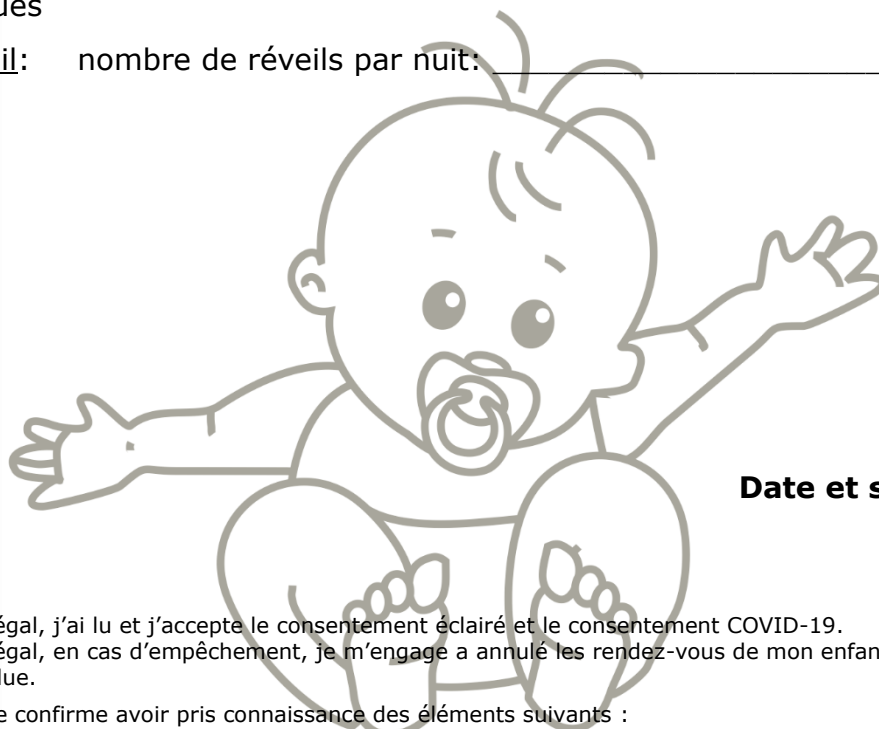
**Allaitement:**  *OUI*  *NON*

*Si oui, pour la mère:*  *Engorgement*  *Crevasses*  *Muguet*

**Pour bébé:**  *Reflux:*  *qq min après tétée/biberon*  *>1h après*

*Coliques*

**Sommeil:** nombre de réveils par nuit: \_\_\_\_\_



**Date et signature :**

En tant que responsable légal, j'ai lu et j'accepte le consentement éclairé et le consentement COVID-19.

En tant que responsable légal, en cas d'empêchement, je m'engage à annulé les rendez-vous de mon enfant 48h à l'avance, faute de quoi la consultation sera due.

En cochant cette case je confirme avoir pris connaissance des éléments suivants :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Cabinet Chiropratique Laetitia Mazacz pour la gestion de votre dossier médical et administratif. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Cabinet Chiropratique Laetitia Mazacz. Les données sont conservées pendant la durée imposée par la loi. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données sur simple demande à Cabinet Chiropratique.

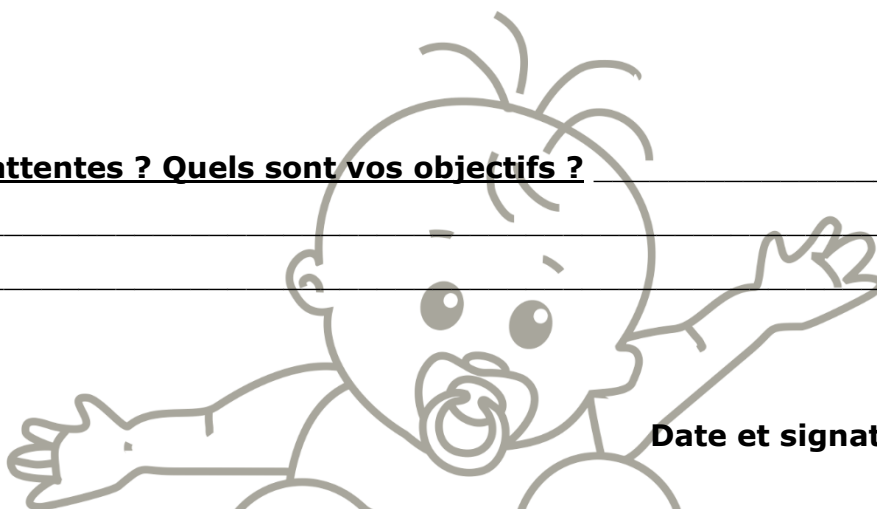
**Motif de la consultation ?** \_\_\_\_\_

Médicament(s):  OUI  NON Le(s)quel(s): \_\_\_\_\_

Maladies dans la famille: \_\_\_\_\_



**Quelles sont vos attentes ? Quels sont vos objectifs ?** \_\_\_\_\_



**Date et signature:**

En tant que responsable légal, j'ai lu et j'accepte le consentement éclairé et le consentement COVID-19.  
En tant que responsable légal, en cas d'empêchement, je m'engage à annulé les rendez-vous de mon enfant 48h à l'avance, faute de quoi la consultation sera due.

En cochant cette case je confirme avoir pris connaissance des éléments suivants :  
Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Cabinet Chiropratique Laetitia Mazacz pour la gestion de votre dossier médical et administratif. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Cabinet Chiropratique Laetitia Mazacz. Les données sont conservées pendant la durée imposée par la loi. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données sur simple demande à Cabinet Chiropratique.