



FICHE D'ADRESSAGE au  
PROGRAMME OBESITE de l'enfant

Date de la demande :

Date de réception (réservé au service) :

**SEULES LES DEMANDES  
ADRESSÉES PAR UN PROFESSIONNEL DE  
SANTÉ ET ACCOMPAGNÉES DE TOUS LES  
BILANS DÉJÀ RÉALISÉS SERONT PRISES EN  
COMPTE**

**Enfant :**

NOM, Prénom :

Date de naissance :

Nom du **Responsable légal** :

Parents ?      autre?

Adresse

Email

téléphone

**Médecin traitant** (si différent du  
professionnel qui adresse l'enfant)

Nom

Adresse

E-mail

téléphone

**Professionnel de santé qui adresse l'enfant :**

Nom

Adresse

Structure, lieu de consultation

E-mail

téléphone

**Accompagnement actuel de l'enfant**

Sanitaire ou médico social :

(CMP, hôpital, CMPP...)

Libéral : (orthophoniste, psychomotricien,

diététicienne ...)

Scolarité : (classe, AESH, PAP, PAI ...)

**Motifs de la demande de prise en charge dans le programme nutrition enfant :**

**Démarches déjà réalisées : joindre obligatoirement tous les compte rendus à la demande**

bilans médicaux :

bilans biologiques :

examens spécialisés :

bilans d'apprentissage (bilan neuropsychologique, orthophonique...) :

autres :

Mensurations actuelles :

poids :                      taille :

**Merci de nous transmettre une photocopie de la courbe de croissance figurant sur le carnet de santé**

**Merci de préciser ici vos attentes et celle de votre enfant en quelques lignes : (Le professionnel qui vous adresse peut également compléter par un courrier plus détaillé) :**



**Information importante :**

**La présence d'un parent est indispensable dans le cadre du programme nutrition enfant.**

Merci d'adresser cette fiche avec les compte-rendus à :

**Hôpital La Musse - Secrétariat HTP - CS 20119 – 27180 SAINT SEBASTIEN DE MORSENT** ou par mail à [secretariat-htp1enfant@hls-lamusse.fr](mailto:secretariat-htp1enfant@hls-lamusse.fr).

Votre demande sera étudiée et vous recevrez une proposition de date de rendez-vous avec l'un des médecins du service.