



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun



Date :/...../...../

Nom-prénom du patient :

Date de naissance :

Âge :

Cachet du médecin

☐ Courrier joint à la prescription

Poids :

Taille :

IMC :

PRESCRIPTION INITIALE :

Bilans

☐ 3 Bilans : diététique, psychologique, activité physique

ou

☒ Bilan diététique (systématique)

☐ Bilan psychologique

☐ Bilan d'activité physique

Séances de suivi (6 séances maximum)

☐ 6 séances de suivi
(type à déterminer par la structure)

ou

☐ Séances de suivi nutritionnel

Nombre :

☐ Séances de suivi psychologique

Nombre :

RENOUVELLEMENT DES SEANCES DE SUIVI :

1^{er} renouvellement (6 séances maximum)

☐ 6 séances de suivi
(type de suivi à déterminer par la structure)

ou

☐ Séances de suivi nutritionnel

Nombre :

☐ Séances de suivi psychologique

Nombre :

2^{ème} renouvellement (6 séances maximum)

☐ 6 séances de suivi
(type de suivi à déterminer par la structure)

ou

☐ Séances de suivi nutritionnel

Nombre :

☐ Séances de suivi psychologique

Nombre :

Signature

N'oubliez pas de prendre le carnet de santé de votre enfant pour les rendez-vous dans la structure