
Centre Médico Psychologique
35 rue des Tourelles 75020 PARIS
Tél. : 01 43 79 73 45
EMAIL
cmp.robert-debre@aphp.fr

Centre D'excellence InovAND
Service de Psychiatrie de l'enfant
Professeur Delorme
Hôpital Robert Debré
www.pedopsydebre.org

NOM DE L'ENFANT :

NOM DE LA MERE :

NOM DU PERE :

Je soussigné (e) (nom, prénom)

N° F.I.N.E.S.S.: 750803454

Donne mon accord pour la prise en charge de mon fils, ma fille au sein
du CMP enfants 35, rue des Tourelles 75020 Paris.

Fait-le :

Signature de la mère

Signature du père

Document à retourner via le formulaire de l'espace patient.