CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION

**ECOLE DE L'ATOPIE**
**CHU SUD RÉUNION**
**Pôle Femme Mère Enfant**
**Service de Pédiatrie**
**Service de Dermatologie pédiatrique**
**BP 350 - 97448 Saint- Pierre cedex**

**Médecins :**
**Dr MIQUEL Juliette**
Dermatologue PH
Responsable de l'UF de Dermatologie Pédiatrique Et de l'Ecole de l'Atopie
Responsable des Centres de Compétences
Des Maladies rares Génétiques à Expression Cutanée
Et des Neurofibromatoses
**Dr PRUVOT**
**Secrétariat :**
02.62.35.96.67
cs.dermatopediatrie@chu-reunion.fr
**École de l'atopie :**
02.62.75.34.27
ecole.atopie@chu-reunion.fr

# FICHE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME ETP DERMTITE ATOPIQUE « BIEN DANS MA PEAU »
# RESPONSABLE COORDONNATEUR DES ETP DA CHU-SUD RÉUNION : DR. MIQUEL JULIETTE

## MEDECIN PRESCRIPTEUR DE LA DEMANDE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME ETP DA :

***Attention obligation d'un courrier médical justifiant la demande***

**NOM / Prénom :** .....

**Lieu d'exercice :** .....

**Numéro de téléphone : .** ..... **Adresse mail :** .....

## MEDECIN GENERALISTE QUI SUIT LE PATIENT :

**NOM / Prénom :** .....

**Lieu d'exercice :** .....

**Numéro de téléphone : .** ..... **Adresse mail :** .....

## DERMATOLOGUE QUI SUIT L'ENFANT :

**NOM / Prénom :** .....

**Lieu d'exercice :** .....

**Numéro de téléphone : .** ..... **Adresse mail :** .....

## ALLERGOLOGUE QUI SUIT L'ENFANT :

**NOM / Prénom :** .....

**Lieu d'exercice :** .....

**Numéro de téléphone : .** ..... **Adresse mail :** .....

## MEDECIN SPECIALISTE AUTRE QUI SUIT LE PATIENT : (*merci de préciser la spécialité*)

**NOM / Prénom / spécialité :** .....

**Lieu d'exercice :** .....

**Numéro de téléphone : .** ..... **Adresse mail :** .....

→Tourner la page SVP p.1

# FICHE DE RENSEIGNEMENT SUR L'ENFANT

**NOM / Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**NOM / Prénom du responsable légal :** .....

**Numéro de téléphone :** .....

**Adresse mail obligatoire (1er contact par mail merci) :** .....

**Adresse postale :** .....

.....

.....

**Diagnostic :** .....

**Date de découverte de la maladie :** .....

**Traitement :** .....

.....

.....

.....

.....

.....

**MERCI**
**L'Équipe Éducative de l'École de l'Atopie**

CHU DE LA RÉUNION /Site de Saint-Pierre
École de l'Atopie
Unité de Dermatologie Pédiatrique
Pole Femme Mère Enfant
02.62.75.34.27
ecole.atopie@chu-reunion.fr
FINESS : 970 408 589