



CONSTATS asbl

Coordonnées du tuteur pour le mineur (non accompagné)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Courriel :

Langues

Langue(s) parlée(s) par le demandeur :

Connaissance du français :

OUI / NON

Souhaitez vous un traducteur ?

OUI / NON

Souhaitez vous venir avec votre propre traducteur ?

OUI / NON

Les frais de traduction sont à la charge du patient.

Mutuelle

Le demandeur est-il couvert par une mutuelle :

OUI / NON

Collez ici une vignette

CPAS

Le demandeur est-il aidé par un CPAS :

OUI / NON

Si oui, quelle commune :

Si oui, veuillez apporter un réquisitoire pour la consultation.

N° de dossier :

Téléphone :

Prénom et nom de l'assistant social en charge du dossier du demandeur :



CONSTATS asbl

Médecin traitant

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Courriel :

Inscription dans une maison médicale au
forfait ? **OUI / NON**

Autre médecin ou paramédical impliqué

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Avocat en charge du demandeur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Assistant social référent :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

