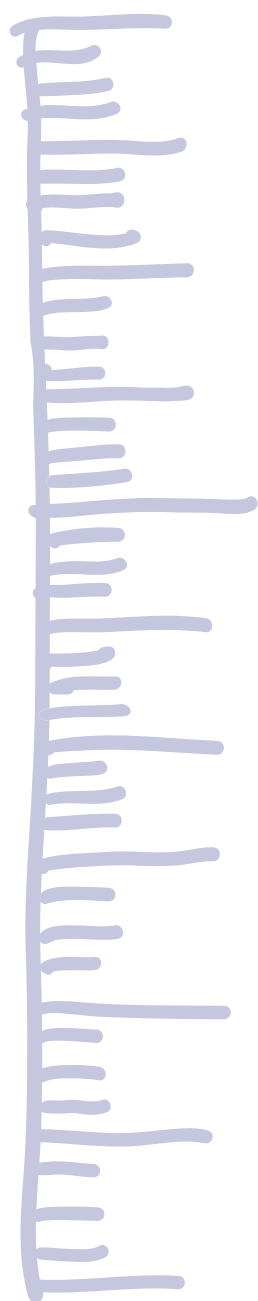


Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Calendrier de consultations



✚ **7 ANS**

○ **6 ANS**

△ **5 ANS Orthoptiste**

□ **5 ANS et + (si besoin)**

✚ **5 ANS**

⌘ **4 ANS ORL**

○ **4 ANS**

◌ **3 ANS Ophtalmologiste**

✚ **3 ANS**

○ **24 MOIS AC**

◊ **24 MOIS AR**

✚ **18 MOIS AC**

◌ ENTRE **12 MOIS ET 16 MOIS AC** Ophtalmologiste

○ **12 MOIS AC**

△ **9 MOIS AC Orthoptiste**

✚ **9 MOIS AC**

◊ **6 MOIS AR**

○ **4 MOIS AC**

✚ **15 JOURS / 1 MOIS**



○ Pédiatre libéral
✚ Pédiatre hospitalier
◊ Psychologue
□ Neuropsychologue
△ Orthoptiste
◌ Ophtalmologiste
⌘ ORL

AR = Age réel
AC = Age corrigé

**LE RÉSEAU PRENDRA
CONTACT AVEC VOUS
POUR LES CONSULTATIONS
6 MOIS ET 24 MOIS
AVEC LE PSYCHOLOGUE**

**Les psychologues du réseau sont à votre disposition
dès le retour à la maison**

