



## MÉDECIN TRAITANT

*Medic de familie*

Dr.

Rue :



**PMI** *Vaccinarea copiilor*

Dr.



**Vous pouvez écrire à la famille par courrier à :**

*Adresa unde primiți poșta*



**En l'absence d'interprète professionnel, pour un relais vous pouvez appeler :**

*Pentru a vorbi în limba franceză*



**ROMS  
ACTION**

Association loi 1901



FAMILIE:

*Numele familiei*

Père :

*Tată*

Mère :

*Mamă*



\*  
\*  
\*  
\*  
\*



\*  
\*  
\*  
\*  
\*