



Fiche de préinscription écoutante « SOS Allaitement 75 »

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : sage-femme pédiatre généraliste obstétricien

puéricultrice auxiliaire de puéricultrice IDE

autre (préciser) : _____

Adresse Professionnelle : _____

Tel pro / poste : _____

Mode d'exercice : libéral hospitalier public privé mixte (libéral et hospitalier)

Adresse personnelle : _____

Tel personnel (Fixe et mobile) _____

Coordonnées mail _____

Inscription pour la fonction d' :

- écoutante « permanence du soir 19h 22h »**
- écoutante « permanence du week-end et jour fériés 10h-19h »**

Motif d'inscription sur la liste d'écoutante « SOS allaitement » :

Disponibilités :

1 2 3 autres : _____ soir / mois an

1 2 3 autres : _____ week-end / mois an

Formation spécifique sur l'allaitement maternel :

Consultante en Lactation IBCLC DIU Lactation Humaine

Autre formation de 3 jours validante (préciser) : _____

Autre formation (plus courte) (préciser) : _____

Pratique quotidienne auprès des couples mère-enfant :

Nombre de consultations / mois : _____

Lieu de consultation (adresse) : _____

Jour(s) de consultation : **LUN** **MAR** **MER** **JEU** **VEN** **SAM**

Pratique le conseil téléphonique : oui non