Please complete the form and hand this to the GP receptionist who will send on to your Child Health Records Department.

Date ……Parent/Legal Guardian Name ……Relationship to Child/Children ……

Present Address ……

Previous Address ……

Current Telephone number …… Mobile number……

Name & Address & Contact number of previous GP: ……

	1st	2nd	3rd	4th	5th
Frist name of child	……	……	……	……	……
Surname of the child	……	……	……	……	……
Date of Birth	……	……	……	……	……
Male/Female	……	……	……	……	……
NHS No:	……	……	……	……	……
Previous Nursery/School:	……	……	……	……	……
	……	……	……	……	……
	……	……	……	……	……
Nursery/School Attending Now:	……	……	……	……	……
	……	……	……	……	……
Name & Contact details of Previous GP	……	……	……	……	……
	……	……	……	……	……

County Durham and Darlington NHS Foundation Trust

For use by the GP practice only: Fax this completed form to Safe haven Fax number **0191 387 6563** or send via secure encrypted email to:

cdda-tr.childhealthinformation@nhs.net **Any further enquiries please ring 0191 387 6572**