

Formulaire d'inscription



CENTRE DE DÉPISTAGE COVID-19

Présentez vous au bureau d'accueil du centre de dépistage muni de cette fiche complétée et imprimée, de votre carte vitale et d'une pièce d'identité avec photo.

VOTRE ETAT CIVIL

NOM :

NOM Marital :

Prénom :

Autres Prénoms :

Date de naissance : / /

VOS COORDONNÉES

Adresse :

Ville : Code Postal :

Téléphone : / / /

Adresse mail : @

INFORMATIONS CAISSE SANTÉ

N° Sécurité sociale : 1 55 55 55 CCC 023.....

NOM & prénom du médecin traitant :

*N° AM du médecin traitant : 291 991 453.....

Signature du déclarant

Cadre réservé à l'administration.

Date du prélèvement.

Numéro d'ordre :

Visa du Centre de dépistage