



PHOTO
(obligatoire)

FICHE ADMINISTRATIVE

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Email : _____

Adresse du domicile :

Rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Lien avec le (la) patient(e) : _____



ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE délivrant la prise en charge principale :

Intitulé : _____

N° de téléphone : _____

Adresse : _____

Nom de l'assuré (e) : _____

N° d'immatriculation : _____

(Joindre la photocopie de l'attestation actualisée d'ouverture des droits de l'organisme d'affiliation – se munir de la carte vitale mise à jour à l'admission)

ASSURANCE ou MUTUELLE de santé complémentaire :

Intitulé : _____

N° de téléphone : _____

Adresse : _____

Nom de l'assuré : _____

N° d'adhérent : _____

(Joindre impérativement la photocopie de la carte d'adhérent recto/verso à jour justifiant des droits en cours : nombre de journées prises en charge, risques exclus ...)

COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

(Joindre la photocopie de l'attestation d'affiliation)