

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

Numéro d'immatriculation:

Nom:

Prénom:

Adresse:

SITUATION DE L'ASSURÉ(E) A LA DATE DE LA DEMANDE :

ACTIVITÉ SALARIÉE

ACTIVITÉ NON SALARIÉE

PENSIONNÉ(E)

SANS EMPLOI      Date de cessation d'activité

AUTRE CAS      Lequel:

PARTIE RESERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Je prescris le séjour de Mme, M,

Dans l'établissement Clinique Valicelli Diabète et Nutrition, pour une durée de            jours.

Renseignements médicaux justifiant la présente demande (état du malade, examens clinique et complémentaires, traitement médical et chirurgical):

Fait le

Signature et cachet du médecin

à