

PÔLE GESTION ET STRATEGIE

DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

Tél: 04.70.35.79.71 - Fax: 04.70.35.77.99 e.mail: affaires-medicales@ch-moulins-yzeure.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

* * * * * * *

ETAT CIVIL					
Nom :					
Nom marital :					
Prénoms :					
Date de naissa	nce :/	Lieu de naiss	ance :		
Situation familiale :		e □ ma	arié(e)	□ pacsé(e)	
		e □ sé¡	paré(e) ou divorc	cé(e) □ ve	uf(ve)
	Date (maria	ge, pacs, divorce):		
Nationalité :	☐ française ☐ en cours d'acquisition				
	□ ressortissant d'un état membre de la Communauté Européenne				
	□ autre				
	précisez laquelle :				
Pour toute cor	Nom:	orénom	date de na		
Adresse (différe	nte de l'internat pour les pe	rsonnes logées):			
Code postal :	Ville	<u>:</u>			
fixe :		T po	ortable :		
⊠ mail :					
Date d'entrée	:/	Service :			
Personne à pre	évenir en cas d'accider	<u>nt</u> :			
Nom :			7 111 :		