

CENTRE D'EXAMENS PRÉVENTIFS DE SANTÉ

Avenue Georges GUIGNARD
47550 BOÉ

DEMANDE D'INSCRIPTION

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

N° D'IMMATRICULATION : /

ADRESSE :
.....

NOM DU MÉDECIN TRAITANT :
.....

⇒ *Veillez joindre la photocopie de l'attestation de la Carte Vitale*