



**Selon la Réglementation en vigueur (RGPD), vous disposez d’un droit d’accès, de rectification ou d’opposition à toutes les données personnelles collectées.**

**NOM** :……………………………………………………………………………………………….......................

**PRÉNOM** :………………………………………………………………………………………………………….

**DATE DE NAISSANCE** : …………………………………………………………………………………………

PROFESSION : ……………………………………………………………………………..................................

MEDECIN TRAITANT **:** …………………………………………………………………………………………….

SITUATION DE FAMILLE (1) :

**Célibataire En Couple Mariés Séparés Veuf (Veuve)**

* **🞏 🞏 🞏 🞏**

ADRESSE PRINCIPALE :………………………………………………………………….................................

…………………………………………………………………………………………………………………………

CODE POSTAL :………………………........ VILLE : ………………………………………….

N° DE TÉLÉPHONE FIXE :……………………………………………………………………………………….

N° DE PORTABLE : …………………………………………………………………………..............................

ADRESSE MAIL : ………………………………………………………………………………….....................

COMMENTAIRES : ………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

1. Mettre une croix dans la case correspondante (facultatif)

**Selon la Réglementation en vigueur (RGPD), vous disposez d’un droit d’accès, de rectification ou d’opposition à toutes les données personnelles collectées.**

**FICHE DE RENSEIGNEMENT**

**ADULTES**