

## EXAMEN DE PREVENTION EN SANTE FICHE D'INSCRIPTION

### POUR MOI-MEME

NOM ..... Prénom .....  
 Sexe : ..... Né(e) le..... Tél. Fixe .....  
 Mail ..... Tél. Portable .....  
 N° Sécurité Sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
 Adresse complète .....  
 Code Postal ..... Ville .....

### MON MEDECIN TRAITANT (NOM ET ADRESSE)

.....  
 .....

### Ma situation professionnelle

- Salarié  
 Demandeur d'emploi  
 Bénéficiaire de la CMU C  
 Etudiant  
 Retraité  
 Autre : .....

### Pour mon (ma) conjoint(e)

NOM marital ..... Prénom .....  
 Nom patronymique ..... Né(e) le .....  
 N° Sécurité Sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Pour mes enfants âgés de plus de 10 ans

NOM ..... Prénom .....  
 Sexe ..... Né(e) le .....  
 NOM ..... Prénom .....  
 Sexe ..... Né(e) le .....

FICHE A RETOURNER A :

**CPAM de l'Ardèche - Service Prévention**  
**6, avenue de l'Europe Unie - 07000 PRIVAS**

Date :

Signature :