

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU PATIENT MINEUR
(Confidentiel)

PATIENT :

Nom : Prénom :
Date de naissance : / /

ASSURÉ (Le parent car patient mineur) :

Nom : Prénom :
Adresse des parents :
.....

Téléphone Père :
Téléphone Mère :
N° Sécurité Sociale :
Nom de la Mutuelle :

Adresse Mail :@.....

RESPONSABLE FINANCIER :

Etes-vous bénéficiaire de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ? OUI NON
Si oui, merci de bien vouloir nous fournir une attestation.

DENTISTE :

Nom :
VILLE :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

Nom :
VILLE :