

VOUS ÊTES À LA RECHERCHE D'UN MÉDECIN TRAITANT ?

MERCI DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ET L'ENVOYER PAR MAIL:

contact.cptsportesdulauragais@gmail.com



NOM : _____

PRÉNOM : _____

ÂGE : _____ SEXE : _____

ADRESSE POSTALE : _____

TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE MAIL : _____

VOTRE DERNIER MÉDECIN TRAITANT:

- EST PARTI(E) À LA RETRAITE
- N'EXERCE PLUS SUR LE TERRITOIRE
- JE N'AI JAMAIS EU DE MÉDECIN TRAITANT
- J'AI DÉMÉNAGÉ
- AUTRE : _____

COMPOSITION DU FOYER:

NOMBRE D'ENFANT(S) DE MOINS DE 18 ANS : _____

NOMBRE D'ADULTE(S) : _____

ÊTES-VOUS EN ALD? OUI NON

POUVEZ-VOUS VOUS DÉPLACER AU
CABINET DU MÉDECIN? OUI NON

AUTRE INFORMATION A NOUS COMMUNIQUER:

 <https://www.cptsportesdulauragais.fr/>  07.66.77.34.63

