

## CENTRE D'EXAMEN DE SANTÉ

### DEMANDE D'INSCRIPTION

#### **Pour moi-même :**

NOM de famille ..... NOM marital .....

Prénom ..... Date de Naissance .....

Tél. Portable :

Tel Domicile :

Adresse .....

Code postal ..... Commune .....

N°d'immatriculation :

#### **Ma situation professionnelle :**

☐ Salarié      ☐ Demandeur d'emploi      ☐ Bénéficiaire CMU

☐ Etudiant      ☐ Retraité      ☐ Autre

#### **Autres membres de la famille :** (Indiquez leurs noms prénoms et date de naissance)

.....

.....

.....

.....

#### **Cochez les jours de convocation désirés :**

☐ lundi matin

☐ mardi matin

☐ mercredi matin

☐ jeudi matin

☐ vendredi matin

☐ jour indifférent

Sauf pendant la période du ..... au .....

**N.B. - Un rendez-vous précis vous sera fixé par lettre ultérieurement, pour la première date disponible.**

**Centre d'Examens de Santé de Perpignan**

B.P. 89928

66013 Perpignan Cedex 9

Tél. : 04.68.35.99.99 du lundi au vendredi de 14h à 16h

Email : ces@cpam-perpignan.cnamts.fr