

**DEMANDE D'INSCRIPTION POUR UN EXAMEN  
 DE SANTÉ GRATUIT**

IDENTIFICATION DES PERSONNES SOUHAITANT PASSER LE BILAN				M. Mme Mlle	NOM (en capitales d'imprimerie)	PRÉNOM	RÉSERVÉ AU C.E.S.
DATE DE NAISSANCE	JOUR	MOIS	ANNÉE				
					ASSURÉ		
					CONJOINT (sans profession) (1)		
					ENFANTS À CHARGE		

LES PERSONNES NOMMÉES CI-DESSUS ONT-ELLES DÉJÀ BÉNÉFICIÉ D'UN EXAMEN DE SANTÉ ?		
SI OUI : NOM ET PRÉNOM DES INTERESSÉS	ANNÉE DU BILAN	DANS QUEL CENTRE ?

(1) S'IL S'AGIT D'UNE PERSONNE VIVANT MARITALEMENT AVEC L'ASSURÉ, LE PRÉCISER.  
 PAR AILLEURS, SI LA (ou le) CONJOINTE EST ELLE-MÊME SALARIÉE, ELLE DOIT REMPLIR UNE DEMANDE DISTINCTE.

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ**

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_ Clé obligatoire

Né le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ Dépt. : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

NOM de jeune fille : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

N° de téléphone personnel : \_\_\_\_\_

**SITUATION À LA DATE DE LA DEMANDE**

SALARIÉ : - Profession : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

DEMANDEUR D'EMPLOI  
 - date de cessation de l'activité salariée : \_\_\_\_\_

DISPENSÉ DE RECHERCHE D'EMPLOI

BÉNÉFICIAIRE DE LA CMU /ACS     BÉNÉFICIAIRE DU RMI /RSA

BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NON SALARIÉ : précisez votre activité professionnelle : \_\_\_\_\_

RETRAITÉ     PENSIONNÉ     ÉTUDIANT

AUTRE CAS : \_\_\_\_\_

Profession du conjoint ou de la personne vivant maritalement avec l'assuré : \_\_\_\_\_

Je soussigné : \_\_\_\_\_  
 certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

DATE : \_\_\_\_\_

SIGNATURE

**RÉSERVÉ AU C.E.S.**

Votre convocation et le dossier médical à remplir vous seront adressés 3 semaines avant la date de votre bilan.

H

## ATTENTION

### CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU BILAN DE SANTÉ

NE PAS AVOIR PASSÉ CET EXAMEN DEPUIS MOINS DE 5 ANS

**exception** : les demandeurs d'emploi, les allocataires du RSA, les stagiaires de la formation professionnelle, peuvent bénéficier d'un bilan de santé tous les ans.

(dans le doute : téléphoner au 02 90 03 31 30)

Complétez alors cet imprimé et envoyez-le, sous enveloppe affranchie  
à l'adresse ci-dessous :

Centre d'examens de santé  
BP 4227  
22042 Saint-Brieuc cedex 2

### Cadre réservé à la Caisse d'affiliation

ACCORD

REFUS

CAISSE D'AFFILIATION

--	--	--	--

RÉGIME

--	--	--	--

Pour LE DIRECTEUR,

Pour L'AGENT COMPTABLE,

Les assurés relevant de la **MSA (Mutualité Sociale Agricole)** et  
du **RSI (Régime Social des Indépendants)** doivent s'adresser à leur caisse.

## PIÈCES À FOURNIR



Joignez à la demande

- ⇒ la photocopie de l'attestation jointe à la Carte Vitale ou de l'attestation CMU ou à défaut, noter ci dessous le nom et l'adresse de votre caisse d'affiliation.
- ⇒ si vous êtes étudiant, inscrire le nom et l'adresse de votre Caisse d'Assurance Maladie (LMDE, SMEBA, etc...).

## À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

**CAISSE D'AFFILIATION** : (Indiquez l'Organisme qui rembourse vos dossiers "maladie", et son adresse précise).

ORGANISME :

ADRESSE :

### CHOIX DU JOUR POUR PASSER L'EXAMEN :

Faire une croix dans la case  
correspondant au jour choisi :

LUNDI

MARDI

MERCREDI

JEUDI

VENDREDI

### Périodes **NON SOUHAITÉES** :

du :  au :

du :  au :