

# FICHE D'INSCRIPTION – PHYSIOTHERAPIE

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../ .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TELEPHONE : .....

EMAIL : .....

N° AVS : 756 .....

ASSURANCE MALADIE LAMAL : .....

N° DE LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE : .....

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE D'ASSURANCE : ...../ ...../ .....

MEDECIN TRAITANT : .....

**EN CAS D'ACCIDENT :** Il est nécessaire de nous fournir une copie de la déclaration d'accident pour la prise en charge des séances de physiothérapie par l'assurance accident.

Pour tout envoi de documents (photo de la carte d'assurance – papiers accidents – autres) vous pouvez utiliser l'adresse email suivante : [juliettecorgnet@gmail.com](mailto:juliettecorgnet@gmail.com)

**ATTENTION :** Tout rendez-vous convenu auquel vous ne vous êtes pas présenté et qui n'aura pas été annulé au minimum 24 heures avant vous sera facturé. Privilégier les communications par email !