

**COORDONNEES DU CLIENT** (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national:

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN**

Je soussigné, docteur en médecine déclare

- avoir effectué en date du      un examen préventif de dépistage
- du cancer
  - des maladies cardio-vasculaires
  - des allergies
  - d'ostéoporose
  - du diabète
  - du bilan auditif
  - de la surdité du nouveau-né
  - des affections respiratoires
  - des affections des yeux (bilan ophtalmologique)
- avoir effectué en date du      un examen médical d'aptitude sportive

Date

Signature du médecin

Cachet du médecin

L'intervention s'élève à 10€examen ou dépistage. - Plafond annuel: 50 €(5 fois par année civile)

Pour y avoir droit, il faut être inscrit(e) et en règle de cotisations aux avantages Partenamut.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2020.

