



N° :

**FICHE RENSEIGNEMENTS ENREGISTREMENT COVID PCR**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Téléphone : .....

N° sécurité sociale : .....

CPAM     MSA     MNH     Autres :

Centre de sécurité sociale : .....

Adresse : .....

.....

Médecin Traitant : .....