



**Vous n'avez pas/plus de  
médecin traitant ?**



## FICHE DE RECENSEMENT

Reçue le (date) : ...../...../..... (A adresser à : [cptsterresdetouvre@gmail.com](mailto:cptsterresdetouvre@gmail.com))

NOM ..... NOM de jeune fille .....

Prénom(s) : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse d'habitation : .....

☐ BALZAC ☐ BRIE ☐ CHAMPNIERS ☐ MAGNAC ☐ MORNAC ☐ RUELLE ☐ Touvre ☐ VINDELLE

N° de portable ...../...../...../...../..... N° de téléphone fixe ...../...../...../...../.....

Adresse mail .....@.....

N° de Sécurité Sociale \_ \_ \_ \_ \_

Si enfant(s) ou conjoint(e) à suivre également:

CONJOINT(E) : NOM / Prénom : ..... né(e) le : ...../...../.....

N° de Sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_

ENFANT(S) : NOM(S) / Prénom(s) / date(s) de naissance : .....

.....  
.....

☐ J'AUTORISE les médecins généralistes adhérents à la CPTS « Terres de Touvre » à accéder à mes données administratives (adresse d'habitation, médecin traitant déclaré) détenues par l'assurance maladie.

Date : ..... Signature :

**REPONSE** (Date : ...../...../.....) :

☐ Inclu file active MG ☐ Inclu patientèle MG

☐ Déjà un MT en activité dans le département ☐ Non résident de la CPTS