**Doit être intégralement remplie et envoyée**

**secretariat.altisbio@gmail.com**

**Nom :**

**Prénom :**

**Nom de jeune fille :**

**Date de naissance :**

**Adresse postale :**

**Adresse mail :**

**Téléphone portable : Téléphone fixe :**

**Numéro de sécurité sociale :**

**Caisse de Sécurité sociale :**

**Avec ou sans ordonnance ?** Oui Non

**Médecin prescripteur ou Médecin traitant :**

**Sujet ayant été en contact avec une personne COVID + ?** Oui Non

**En vue d’un déplacement à l’étranger ?** Oui Non

**Personnel soignant ?**  Oui Non

**Bilan préopératoire ?** Oui Non

Symptomatique ? Oui Non

Depuis combien de temps ?