



Site de Chauray  
24, Rue des Taillées  
79180 Chauray

**ATTESTATION D'IDENTITE  
PATIENT**

Ref : PRE2ENR002\_\_(02)  
Version : 02  
Applicable le : 25-05-2021



**ATTESTATION D'IDENTITE PATIENT**

Nom usuel : (NdN : )

Premier prénom d'état civil :

Date de naissance :

Sexe :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone portable :

Adresse Mail :

**Pour un patient MAJEUR :**

Je soussigné.....certifie que l'identité ci-dessus est exacte et conforme à ma pièce d'identité.

**Pour un patient MINEUR**

Je soussigné .M.....certifie que l'identité de .....  
.....est exacte et conforme.

Fait à

Le

Signature