



Nouveau Client

Monsieur Madame

Nom : _____ **Courriel / Email** : _____
Prénom : _____ **Date de naissance** : _____
Rue, n° : _____ **N° AVS** : _____
NPA / Localité : _____
Téléphone : _____ **Mobile** : _____

Mobilité / handicap

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| • Fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> | Handicap Psychique | <input type="checkbox"/> |
| • Fauteuil roulant XL | <input type="checkbox"/> | Alzheimer | <input type="checkbox"/> |
| • Fauteuil roulant électrique | <input type="checkbox"/> | Dépression | <input type="checkbox"/> |
| • Rollator / Déambulateur | <input type="checkbox"/> | Autres (préciser) | <input type="checkbox"/> |
| • Béquilles / Cannes | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

Assurances

- Assurance maladie de base (LaMal) : _____
N° affilié : _____
- Assurance maladie complémentaire : _____
N° affilié : _____
- Assurance invalidité (AI) pour la prise en charge de vos transports : *Joindre une copie de la décision* Oui Non
- Recevez-vous des prestations complémentaires d'une caisse de compensation (PC) ? : Oui Non

Personne de contact « Gestion par un tiers » (À compléter en cas de gestion par un tiers (famille, proches, institutions, etc.))

- Nom, Prénom : _____
- Téléphone : _____
- NPA, Adresse : _____

Adresse de facturation (Si elle diffère des coordonnées de la personne de contact et des informations personnelles)

- Nom, Prénom : _____
- Téléphone : _____
- NPA, Adresse : _____

Par la présente signature, j'atteste avoir rempli le formulaire avec exactitude.

Lieu : _____ **Date** : _____ **Signature du client** :

Pour protéger vos données, ce document est interne et strictement confidentiel.