



Site de Chauray

24, Rue des Taillées  
79180 Chauray

**ATTESTATION D'IDENTITE  
PATIENT**

**PRE2ENR002\_\_(03)**

Version : 3

Applicable le : 21-03-2025



**ATTESTATION D'IDENTITE PATIENT**

Nom utilisé :

Nom de Naissance :

Prénom utilisé :

Prénom(s) de naissance :

Date de naissance :

Lieu 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 [[patientNomInverseJF]] est exacte et conforme.

Fait à

Le

Signature