



Fiche d'inscription:

Date :

RENSEIGNEMENTS du ou des FUTUR(S) RESIDANT(S) :

Nom et prénom :

Date et lieu de naissance :

Ancienne profession :

Nom et prénom :

Date et lieu de naissance :

Ancienne profession :

Adresse (domiciliation actuelle) :
.....
.....

Téléphone :

MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom :

Mutuelle : merci de coller une vignette

**Document à faire parvenir à : Mr Desplechin Frédéric
ASBL Vertefeuille
Chaussée de Renaix, 196
7500 Tournai**