

L'UC-IRSA vous propose de bénéficier d'un examen de santé personnalisé, intégralement pris en charge par votre CPAM.

**Un examen de santé, qu'est-ce que c'est ?**

Profitez d'un moment privilégié d'échanges pour faire le point sur votre santé avec une équipe de professionnels qui vous apportera des informations, conseils et orientations personnalisés.

Cet examen sera adapté à votre âge, votre sexe, vos facteurs de risque, votre suivi médical et/ou vos antécédents, etc.

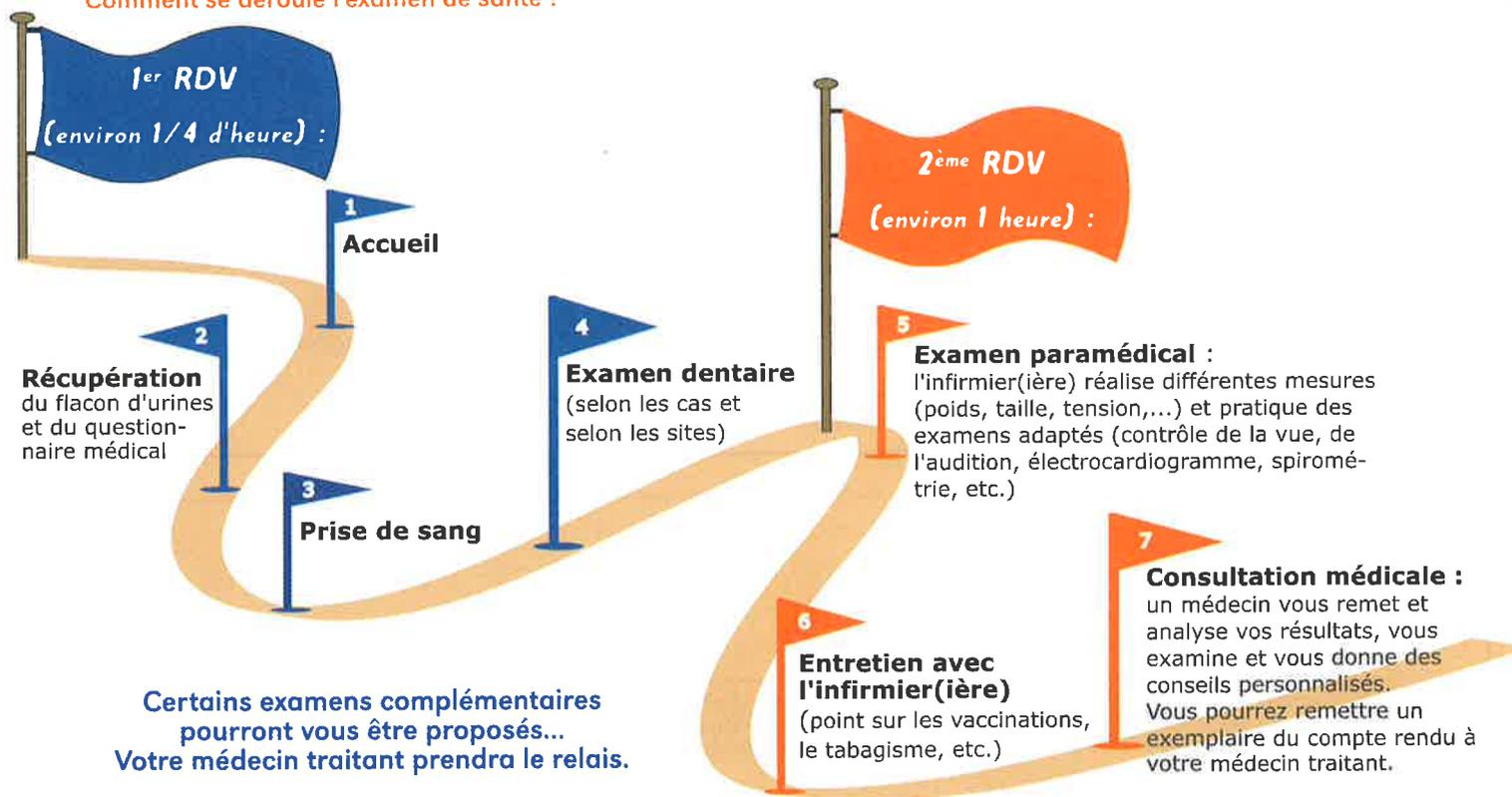
**Qui peut bénéficier de cet examen ?**

Vous et/ou les membres de votre famille à partir de 10 ans, inscrits au régime général de l'Assurance Maladie (CPAM, mutuelles étudiantes, etc.).

Cet examen de santé "gratuit" (pris en charge à 100%) peut être réalisé dans un lieu proche de vos habitudes de vie. Si vous êtes intéressé(e), merci de remplir la demande d'inscription au verso et de la renvoyer au Centre d'Examens de Santé.

Suite à cette demande d'inscription, vous recevrez une invitation à l'examen accompagnée d'un questionnaire médical à remplir.

**Comment se déroule l'examen de santé ?**



**Personnes souhaitant s'inscrire à l'examen de santé (vous-même, votre conjoint(e), vos enfants à partir de 10 ans) :**  
**NB : Le numéro de sécurité sociale à indiquer doit correspondre au numéro qui vous permet d'être remboursé(e) de vos frais médicaux.**

Nom (suivi du nom de naissance) <b>EN MAJUSCULES</b>	Prénom <b>EN MAJUSCULES</b>	Sexe (H/F)	Date de naissance (jj/mm/aa)	Numéro de sécurité sociale et nom de votre caisse <small>(CPAM, MGEN, MFP/SOLSANTIS, SMECO, SMEBA, SMENO, LMDE)</small>
		H <input type="checkbox"/>		N°: _____ Nom de votre caisse : _____ <i>Réservé à l'UC-IRSA: DMT : <input type="checkbox"/> C : <input type="checkbox"/></i>
		F <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/>		N°: _____ Nom de votre caisse : _____ <i>Réservé à l'UC-IRSA: DMT : <input type="checkbox"/> C : <input type="checkbox"/></i>
		F <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/>		N°: _____ Nom de votre caisse : _____ <i>Réservé à l'UC-IRSA: DMT : <input type="checkbox"/> C : <input type="checkbox"/></i>
		F <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/>		N°: _____ Nom de votre caisse : _____ <i>Réservé à l'UC-IRSA: DMT : <input type="checkbox"/> C : <input type="checkbox"/></i>
		F <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/>		N°: _____ Nom de votre caisse : _____ <i>Réservé à l'UC-IRSA: DMT : <input type="checkbox"/> C : <input type="checkbox"/></i>
		F <input type="checkbox"/>		

**Vos coordonnées**

Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe\* : \_\_\_\_\_ Téléphone portable\* : \_\_\_\_\_

E-mail\* : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ signature :

\* Pourra être utilisé pour un rappel de votre rendez-vous, sauf opposition de votre part.

**Cadre réservé à l'UC-IRSA**

En application des dispositions de l'article 27 de la loi du 06/01/78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que les renseignements demandés nous sont nécessaires pour ouvrir vos droits à l'examen de santé. Dans le cas d'informations insuffisantes, ces droits peuvent ne pas être ouverts.

Ces informations sont exclusivement réservées à l'Assurance Maladie. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectifications à ces informations qui pourra être exercé par écrit auprès du responsable du service informatique.