



LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE
MULTISITE

	Téléphone	Fax
LA ROCHE-SUR-YON • BOILEAU	02 51 37 11 36	02.51.05.59.75
LA ROCHE-SUR-YON • Léon MARTIN	02 51 38 57 00	02.51.38.57.01
LA ROCHE-SUR-YON • GUTENBERG	02 51 37 13 81	02.51.46.10.76
LES ESSARTS	02 51 37 05 91	02.51.46.13.57
LES SABLES D'OLONNE • LES SALINES	02 51 23 75 00	02.51.23.75.09
LES SABLES D'OLONNE • NOUVELLE VAGUE	02 51 23 72 72	02.51.23.09.70
LES SABLES D'OLONNE • PÔLE SANTÉ DES OLONNES	02 51 23 75 01	02 51 23 75 02
LUÇON	02 51 56 06 35	02.51.56.80.26
SAINTE-HERMINE	02 51 27 38 92	02.51.27.38.53
TALMONT-SAINT-HILAIRE	02 51 20 90 91	02.51.22.31.81

www.biorylis.com
info@biorylis.com

ATTESTATION D'IDENTITÉ PATIENT (absence de carte d'identité)
ACC-E-022-V02 – Novembre 2019

Cette attestation est à compléter par le patient (ou tuteur légal pour les mineurs) :

- pour les nouveaux patients,
- pour toute demande de GS/RAI en cas d'absence de carte d'identité ou en cas de carte d'identité non conforme à l'arrêté du 15 mai 2018 (notamment absence de nom de naissance pour les patients étrangers).

Je, soussigné(e) (I, the undersigned),

certifie l'exactitude de l'identité suivante (ou celle du mineur) :

(certify the accuracy of the following identity (or that of the minor) :

NOM D'USAGE (SURNAME) :

Prénom (First Name) :

Nom de naissance (Birth Name) :

Sexe : M F

Date de naissance (Birthday) : / /

Fait à (Established at), le (on) / / 20

Signature :

Document à renseigner et à signer / Document to be fulfilled and signed

Document à scanner dans le SIL dans le dossier du patient en SCA-I, à conserver au secrétariat (3 semaines)