

**LA MAISON DE LA PAIX ET DU PARTAGE
EN PARTENARIAT AVEC
LA CLINIQUE OASIS**

N°...../HPS

Catégorie A B

Date:

FICHE DE MEMBRE

Prénom et Nom :.....

Age : **Sex.**.....**Groupe sanguin :**.....

Maladie Particulière :.....

Adresse :.....

Tel portable :.....

Adresse Email :.....

Profession :.....

Situation matrimoniale :.....**Nbre d'enfants.**.....

Pièce d'identité :.....

Nationalité :.....

Personne à contacter en cas d'urgence :.....

Médecin traitant :.....

Note particulière

HPS « La maison de la Paix et du partage »
Signature du responsable