



PHOTO

ROYAUME DU MAROC  
MINISTRE DE LA SANTE

CENTRE HOSPITALIER MOHAMMED VI  
OUJDA

**FICHE DE RENSEIGNEMENT**

Nom et prénom :.....  
..... الاسم العائلي و الشخصي

Prénom Père.....

Nom Prénom Mère.....

P.P.R :..... C.I.N :.....

Adresse actuelle :.....

E-mail :.....

Date et lieu de naissance.....

Tel fixe :..... GSM :.....

Grade :..... Echelle :..... Echelon :.....

Spécialité :.....

Service :..... Fonction :.....

Situation familiale: Célibataire  Divorcé (e)  Veuf (ve)  Marié(e)

Nom et Prénom du conjoint :.....

Conjoint : Employé  Administration :.....  
Au foyer

Couverture Médicale du conjoint : Mutuelle : .....CNSS :.....

**Nombre d'enfants :**

<u>Prénom</u>	<u>Date de naissance</u>	<u>Scolarité</u>	<u>Infirmité</u>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Mutuelle : .....

N° d'affiliation :..... N° d'immatriculation :.....

Diplôme : .....Intitule Diplôme.....