

NOM DE NAISSANCE : **NOM USUEL :**

PRENOM : **SEXE :** F M

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : **VILLE :**

TEL FIXE : **TEL PORTABLE :**

MAIL :

NOM MEDECIN TRAITANT : **VILLE :**

VOTRE SANTE

TAILLE (cm) : **POIDS (kg) :**

AVEZ-VOUS DES ANTECEDENTS :

- **MEDICAUX** : OUI NON

Si oui, lesquels :

.....
.....

- **CHIRURGICAUX** : OUI NON

Si oui, lesquels :

.....
.....

- **DE CANCER** : OUI NON

Si oui, lesquels :

.....
.....

AVEZ-VOUS DES ALLERGIES (médicaments, aliments, pollens, poils...) : OUI NON

Si oui, lesquelles :

.....
.....
.....

PRENEZ-VOUS DES TRAITEMENTS MEDICAUX REGULIERS : OUI NON

Si oui, lesquels :

.....
.....
.....

DIVERS

ETES-VOUS FUMEUR : OUI NON

Si oui, combien de cigarettes par jour :

ACCEPTEZ-VOUS D'ETRE CONTACTE(E) POUR DES ETUDES VACCINALES :

OUI NON

J'accepte que mes coordonnées soient enregistrées dans la base de données du CIC. Mon inscription dans le fichier des volontaires nécessite un recueil de données qui sera informatisé. Ces informations, destinées exclusivement au Centre d'Investigation Clinique de Limoges, seront traitées en toute confidentialité. Une mise à jour annuelle vous sera demandée, ainsi que votre volonté ou non de continuer à faire partie de la base.

En application du Règlement Européen n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (RGPD, Règlement Général sur la Protection des Données), 27 avril 2016. Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de modification sur les données personnelles vous concernant.

DATE ET SIGNATURE :