

JE NE JOUE PAS AVEC MA SÉCURITÉ!

Aidez les professionnels de santé à fiabiliser vos données tout au long de votre prise en charge. Déclinez votre identité :

- ✓ **NOM DE NAISSANCE**
- ✓ **PRÉNOM(S)** de naissance
- ✓ **DATE** de naissance
- ✓ **SEXE**
- ✓ **LIEU** de naissance

Je passe les **BONS EXAMENS**

Je reçois le **BON TRAITEMENT**

Je bénéficie des **BONS SOINS**

