

## Nouveau Client

Cher/Chère nouvel(le) client(e) Handi Valais,

Pour la protection de vos données ceci est un document interne strictement confidentielle.

### Données personnelles

Genre :  Monsieur     Madame     Non-Binaire    N° AVS : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_    Prénom : \_\_\_\_\_  
Rue, N° : \_\_\_\_\_    NPA/Localité : \_\_\_\_\_  
Téléphone (facultatif) : \_\_\_\_\_    Mobile : \_\_\_\_\_  
Courriel (facultatif) : \_\_\_\_\_    Date de naissance : \_\_\_\_\_

### Mobilité

Fauteuil roulant manuel     Fauteuil roulant manuel     Rollator  
 Béquilles / Cannes     Handicap Psychique : \_\_\_\_\_     Aucun

### Assurances

Ass. Maladie me Base (LaMal) : \_\_\_\_\_    N° affilié : \_\_\_\_\_  
Ass. Maladie complémentaire : \_\_\_\_\_    N° affilié : \_\_\_\_\_  
Assurance invalidité (AI) pour vos transports :     Oui     Non    \*joindre une copie de la décision  
Bénéficiez-vous de prestations complémentaires d'une caisse de compensation (PC) :     Oui     Non

### Personne de contact

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_    Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse, NPA : \_\_\_\_\_  
Adresse de facturation : \_\_\_\_\_

\* Si différente de la personne de contact et données personnelles

➤ À Remplir si besoin d'une gestion de la part d'autrui (Famille, Proches, Institutions etc.).

Lieu, Date : \_\_\_\_\_    Signature client : \_\_\_\_\_

Par la présente signature j'atteste avoir pris connaissance des **informations générales** et remplis le formulaire avec **exactitude**.