



SÉJOUR À L'ÉTRANGER

Demande de délivrance de médicaments
d'une durée supérieure à 1 mois

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

IDENTITÉ DE L'ASSURÉ SOCIAL

Nom :

Prénoms :

Né(e)le :/...../..... Nationalité :

Numéro de Sécurité sociale :

Adresse :

Code postal : Localité :

Téléphone :

SÉJOUR À L'ÉTRANGER

Date de départ :/...../..... Durée du séjour :

Adresse :

Pays :

Motif du déplacement :

.....

.....

.....

L'assuré certifie l'exactitude de la présente déclaration.

À le/...../..... LU ET APPROUVÉ.

Signature :