



QUESTIONNAIRE MEDICAL

Informations personnelles

Mme. / M. NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/_____ Né(e) à : _____

Responsable légal NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone fixe : _____

Adresse E-mail : _____ @ _____

Profession : _____ Lieu de travail : _____

Assurance maladie

- Sécurité sociale N° : _____/____
- CMUC (Couverture Maladie Universelle) *Veillez joindre la copie de votre attestation*
- Assurance privé :

Problèmes médicaux

Problème sanguin / Vasculaire / Cardiaque / Rénal / Pulmonaire / Hypertension / Hypotension
Ulcère / Rhumatisme / Asthme / Eczéma / Urticaire / Pontage / Pacemaker / Glaucome /
Hépatites / VIH

Autres : _____

Traitement médicaux : _____

Allergies : _____

Etes-vous enceinte ? OUI / NON Date prévue de l'accouchement : ___/___/_____

Allaitez-vous ? OUI /NON

Nom de votre médecin traitant : _____ Ville : _____

Le cabinet vous a été recommandé par : _____

DATE :

Signature :