

## Questionnaire médical

Nom (nom de naissance) \_\_\_\_\_

Prénom (s) \_\_\_\_\_

Nom d'époux (s'il y lieu) \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Médecin traitant \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Traitement(s) en cours \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à

Le

*Signature*