

QUESTIONNAIRE MEDICAL

à joindre au contrat d'accueil

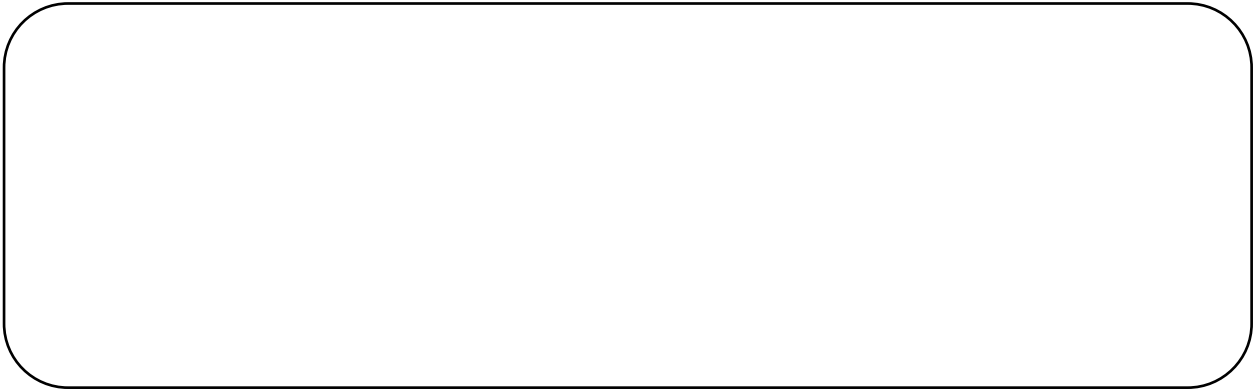
NOM, PRENOM :

Date de naissance :

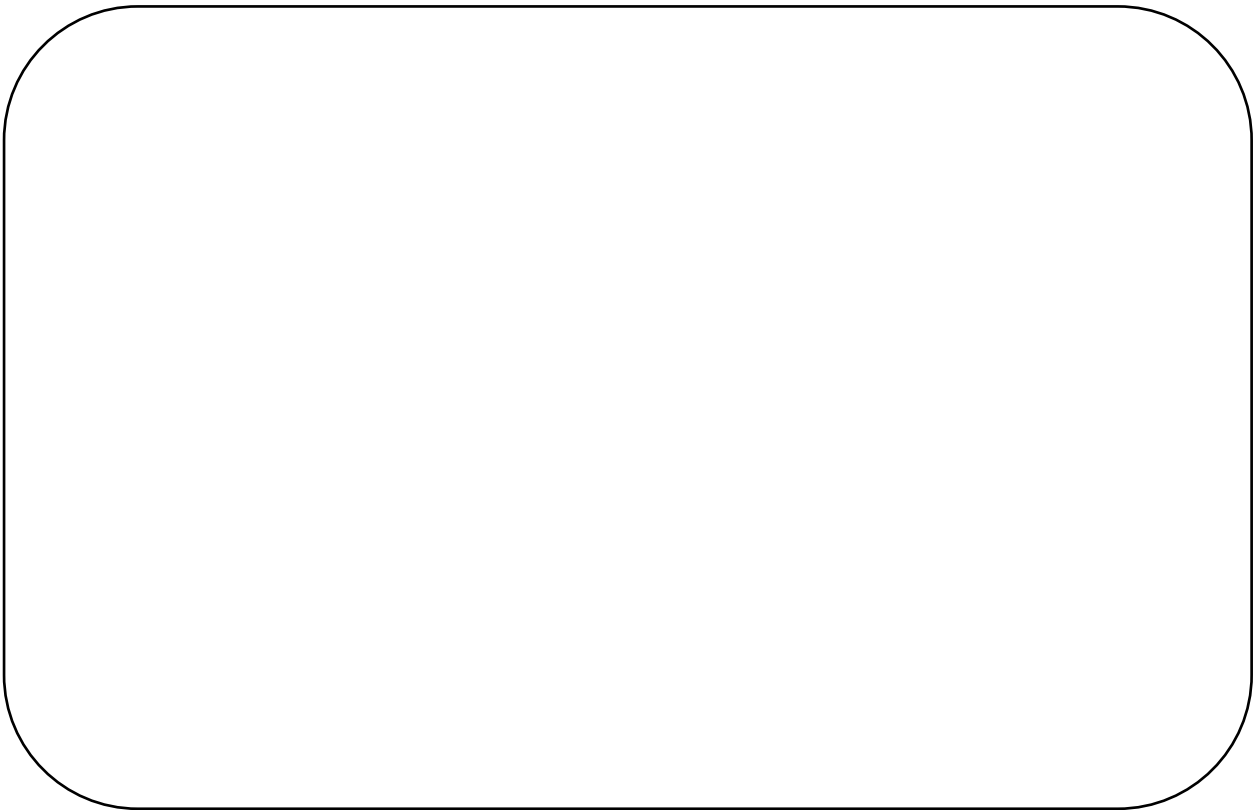
1. Etat de santé actuel :

2. Allergies, intolérances :

3. Traitements actuels :



4. Remarques :



En vous remerciant de votre collaboration, nous avons ainsi les informations nécessaires, en cas d'urgence médicale.

Lieu et date

Signature du médecin