

DECLARATION DE BONNE SANTÉ

Toutes les informations contenues dans ce questionnaire sont traitées de manière confidentielle.

Nous vous prions de remplir le formulaire de façon lisible (en caractères d'imprimerie). Merci.

Nom: _____ Prénom _____

Date de naissance: _____

Adresse: _____

CAP: _____ Domicile: _____

A) Est-ce que vous souffrez d'allergies? Oui Non

Si oui, précisez lesquelles et le traitement médical prescrit:

B) Suivez vous un régime alimentaire? Oui Non

Si oui, précisez:

C) Actuellement est-ce que vous souffrez de troubles de santé ou de conséquences d'un accident? Oui Non

Si oui, précisez:

D) Est-ce que vous suivez un traitement médical? Oui Non

Si oui, précisez:

Si oui, s'il vous plaît remettre à LSE un certificat médical qui certifie ce que vous avez déclaré.

E) Est-ce que vous envisagez prochainement de vous soumettre à une intervention ou d'être hospitalisé? Oui Non

F) Souffrez-vous ou avez-vous souffert de alcoolisme ou d'autres toxicomanies (drogues, médicaments)? Oui Non

G) Est-ce que vous fumez? Oui Non

H) Autres indications de santé si nécessaire:

Une fausse déclaration au points A) – G) peut justifier, de la part de LSE, l'annulation de l'inscription au programme.

LU ET APPROUVÉ:

Date: _____

Signature: _____