

DECLARATION DE SANTÉ

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

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

Nom: _____ Prénom _____

Date de naissance: _____

Adresse: _____

Code Postale: _____ Ville: _____

A) Avez-vous des allergies? Oui Non

Si oui, précisez quelle allergie et le traitement médical prescrit:

B) Etes-vous au régime alimentaire? Oui Non

Si oui, précisez:

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

Si oui, précisez:

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

Si oui, précisez:

Si c'est le cas, veuillez remettre au Service un certificat médical.

E) Est-ce que vous êtes suivi par un psychologue/psychiatre? Oui Non

Si oui, précisez:

Si c'est le cas, veuillez remettre au Service un certificat médical.

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

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

H) Est-ce que vous fumez? Oui Non

I) Autres indications de santé si nécessaire:

Une fausse déclaration au points A) – H) peut justifier, l'annulation de l'inscription au programme, de la part du Service Mobilità e scambi.

LU ET APPROUVÉ:

Date: _____

Signature: _____