

Le (la) candidat(e) est prié(e) de remplir la première partie de ce formulaire et d'en faire compléter la seconde par son médecin traitant. Les renseignements fournis demeureront confidentiels.

PARTIE À REMPLIR PAR LE (LA) CANDIDAT(E)

Nom et prénom :

Veuillez signaler, le cas échéant, les maladies et accidents survenus jusqu'à présent :

.....

Souffrez-vous de maladie chronique ? (allergie, asthme, épilepsie, maux de dos...)

• les motifs et les dates des hospitalisations passées :

.....

• les problèmes de santé récents (depuis moins d'un an) :

.....

• les traitements ou régimes alimentaires suivis actuellement :

• les soins à envisager dans l'année qui vient :

.....

Date et signature du candidat

PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Concerne :

Complément éventuel aux renseignements signalés ci-dessus :

.....

Maladie contagieuse ou transmissible en cours :

Appréciation de l'état psychologique du (de la) candidat(e) (en particulier, aptitude à la vie en collectivité) :

.....

.....

Divers :

.....

Date, signature et cachet du médecin