Questionnaire médical confidentiel – partie accessible au staff

# Les réponses à ce questionnaire seront accessibles par le staff uniquement. Elles nous permettront d’organiser le stage au mieux. Vous n’avez aucune obligation à remplir ce formulaire.

Nom : …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………….

GSM : …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Allergies/intolérances alimentaires : ……………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Autres allergies auxquelles le staff doit faire attention : ………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Conditions médicales que vous souhaitez partagez avec le staff (épilepsie, diabète, asthme, …) : ………………………………………………………………………………….……………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Questionnaire médical confidentiel – partie accessible qu’en cas de besoin

# Les réponses à ce questionnaire seront lues uniquement en cas de besoin médical. Vous n’avez aucune obligation à remplir ce formulaire.

Nom : …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Prénom : ………………………………………………………………………….……………………………………………………

Allergies (y compris médicaments) : ………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Antécédents familiaux ou personnels (maladies, blessures, …) : ……………………………..………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Souffrez-vous d’une condition particulière (épilepsie, diabète, asthme …)  ? Si oui, la(les)quelle(s) ? : ……………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Prenez-vous un(des) médicament(s)/traitement(s) régulièrement ? Si oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………