**Déclaration sur l’état de santé**

Toutes les informations sur ce formulaire seront traitées de manière confidentielle.  
  
  
Nom et prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Rue, code postal et ville : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

A) Souffres-tu d'allergies ? Oui  Non  
Si oui, indique quelles allergies sont impliquées et quel traitement médical est requis :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

B) Suis-tu un régime spécial ? Oui  Non  
  
Si oui, lequel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

C) Souffres-tu actuellement de problèmes de santé ou de conséquences d'un accident ?

Oui  Non  
  
Si oui, lesquels : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

D) Es-tu sous traitement médical ? Oui  Non  
Si oui, donne plus de précisions et transmets au SFP une attestation médicale  
  
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

E) Dois-tu subir prochainement une opération chirurgicale, effectuer un séjour à l'hôpital  
ou suivre un traitement planifié ? Oui  Non

F) Souffres-tu ou as-tu souffert d’alcoolisme ? Oui  Non

G) Fumes-tu ? Oui  Non

H) Autres informations sur ton état de santé, si nécessaire :   
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Signature :