**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 :