

Village éphémère des médias

Questionnaire de santé

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone du représentant légal :	

Liste des affections dont je souffre :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Liste des médicaments que je prends :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Liste des contre-indications médicales :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Liste des intolérances alimentaires :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Fait à _____, le _____

Signature