

AUTRE VOYAGE

3, rue des lavandières Sainte Opportune 75001 Paris - Châtelet
Tél. : 01 42 36 23 29 fax : 01 42 36 25 13 Courriel : autrevoyage@wanadoo.fr
www.autrevoyage.com www.autrebresil.com www.autrelybie.com

Questionnaire Médical

Nom :

Prénom :

Age :

	OUI	NON
Antécédents médicaux :		
- Avez-vous une hypertension ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous eu un accident cérébral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous de l'angine de poitrine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous eu un infarctus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous un pace maker ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Faites vous des pertes de connaissances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous de l'asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous de la bronchite chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous du diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous un traitement pour l'épilepsie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autres maladies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antécédents chirurgicaux :

- Avez-vous été opéré ? OUI NON

Si oui, quelle opération ?

.....

- Etes vous allergique ? OUI NON

Si oui, à quel allergène ?

.....

Prenez-vous habituellement des médicaments ? OUI NON

Si oui, lesquels et combien ?

.....

Personne à joindre en cas de problème (nom, téléphone) :

.....

Médecin traitant (nom, téléphone):

.....

.....

AUTRE VOYAGE - P C A Sarl au capital de 372 500 € .

Siège sociale : 3 rue des lavandières 75001 Paris

Licence N° 075 010073 - IATA : 20250845 - RCS PARIS B 439 531 369 - APE 633Z Membre d'AFAT et du SNAV
Garantie Financière APS - Assurance responsabilité civile : GENERALI France Contrat N° 56.469.174.M Garantie 2.300.000 €