

QUESTIONNAIRE

(à remplir obligatoirement)

Souffrez-vous d'une maladie ou d'autres faiblesses physiques ou mentales ?

- Non
- Oui, et je spécifie ci-dessous :

Prenez-vous des médicaments ?

- Non
- Oui, et je spécifie ci-dessous :

Souffrez-vous d'une allergie alimentaire ?

- Non
- Oui, et je spécifie ci-dessous :

Avez-vous des éléments supplémentaires à nous signaler?

Le à

Signature (*précédée de la mention « lu et approuvé »*)