

MLE-2022

CONFIDENTIEL

(À renseigner par l'adhérent)

Cette fiche de renseignement remplie d'après les indications données par l'adhérent, ne pourra être communiquée qu'aux personnes astreintes au secret médical.

En respect de la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

NOM : **khouil** PRENOM : **mohamed**

Date de naissance : **15/01/56** Lieu de naissance : **casablanca**

Situation familiale :

Marié/Mariée

Célibataire

Veuf/Veuve

Divorcé/Divorcée

GSM : **0606034209**

Adresse : **17.rue.roussillion.résidence.de.l'amitié.quartier.des.hopitaux.Casablanca**

..... Tél :

Matricule : **02022** Fonction : **Responsable Financier**

Date de la dernière cotisation : du **JUL** au **SEP.2022**

*Documents à fournir :

Attestation de scolarité et déclaration légalisée de célibat pour les enfants âgés de > 21 ans et < 26 ans

Attestation de non remariage (veuf/veuve)

Attestation de non-imposition fiscales (conjoint) si n'est pas fournie auparavant, le cas échéant fournir la déclaration annuelle légalisée

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Nom et prénom	Maladies antérieures / infirmités	Opérations chirurgicales
Conjoint		
1 er enfant à charge		
2 -ème enfant à charge		
3 -ème enfant à charge		
4 -ème enfant à charge		

ANTECEDENTS PERSONNELS

1. Avez-vous eu des maladies professionnelles ?

 Oui

 Non

Lesquelles ?

2. Avez-vous eu des maladies ?

Oui	Non	Oui	Non
- Allergie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Asthme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Articulation et Squelette	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rénales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dermatologique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Du foie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- De la thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gynécologiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autres :			
Lesquelles :			

3. Avez-vous pris des médicaments ?

Non

 Oui

 Lesquels :**AMEP 5g**.....

4. Avez-vous subi des examens de sang ou des radiographies :

 Non Oui :

DATE	NATURE	RESULTATS

5. Présentez-vous les signes suivants :

Oui

Non

Oui

Non

- Vomissements

- Vertiges

- Toux

- Eternuements

- Crachats

- Mal de tête

- Essoufflements

- Mal dus dos

 - Difficultés
de respirer

- Diarrhée

- Brûlures des urines

- Constipation

-AUTRES :

-Pour les femmes, vos règles sont :

Nombre de grossesse : Nombre de Fausse-couches :

6. Avez-vous eu une affection O.R.L (Nez, gorge, sinus, oreilles) :

 Non

 Oui :

Laquelle :

7. Avez-vous eu des crises nerveuses ou psychiques ?

 Oui

 Non
8. Avez-vous eu des pertes de connaissances ?

 Oui

 Non

9. Avez-vous eu des accidents du travail ?

 Non

 Oui

DATES	LESIONS	IPP EN %

10. Avez-vous eu des blessures ?

 Non

 Oui

Dates et natures :

11. Avez eu subi des interventions chirurgicales ou avez-vous été hospitalisé en clinique ou à l'hôpital ?

 Non

 Oui

Dates ; Nature :

12. Avez-vous été vacciné à l'enfance selon le Programme National d'Immunisation :

 Oui

 Non

À l'âge adulte :

 Tétanos Hépatite Méningite Typhoïde Fièvre jaune

13. Avez-vous reçu une transfusion sanguine :

 Oui

 Non
14. Avez-vous reçu une désensibilisation (allergie) ? :

 Oui

 Non

Laquelle :

15. Pratiquez-vous une activité sportive ?

 Oui

 Non

Je déclare exactes et sincères les réponses ci-dessus. Je certifie notamment que les personnes pour lesquelles aucune infirmité ou maladie n'a été déclarée sont à ma connaissance en bonne état de santé à ce jour.

Fait à Casablanca, le 27/09/2022

Signature de l'adhérent :

