

30-5-2022

Déclaration sur l'honneur n° 07719

je soussigne Mme SELCUATE RAJAE
cin B 289069 reçue de M. LAGhzoui
HIND décédé le 19 février 2019
déclare ne pas être remariée



Pour la Légale Casulation de la Signature

30 MAI 2022

Mustapha LAGHZAÏ
Officier Délegué
de l'Établissement de Signature

Signature: SELCUATE RAJAE

30 MAI 2022



Droit au remplacement
Signature: S. R. V. N. T. H. D.
Date: 01/06/22

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 : SEIKATE PRENOM : RAJAE

Date de naissance : 26-9-53 Lieu de naissance : FES

Situation familiale :

- Marié/Mariée
- Célibataire
- Veuf/Veuve
- Divorcé/Divorcée

GSM : 06 61 72 42 28

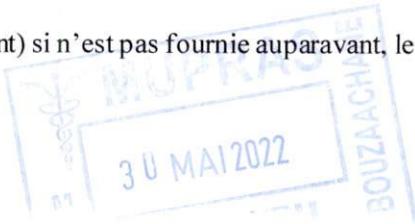
Adresse : 918, B¹ YACOUB EL MANSOUR 5700 CASA
..... Tél :

Matricule : 000 1772 Fonction : RETRAITEE

Date de la dernière cotisation : du au 25-5-2022

*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	De cede	
1 er enfant à charge	majeure	
2 -ème enfant à charge	majeure	
3 -ème enfant à charge		
4 -ème enfant à charge		

ANTECEDENTS PERSONNELS

1. Avez-vous eu des maladies professionnelles ?

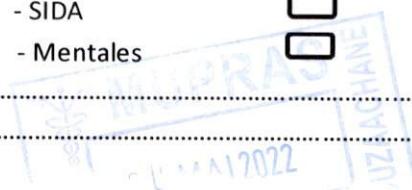
 Oui

 Non

Lesquelles ?

2. Avez-vous eu des maladies ?

	Oui	Non		Oui	Non
- Allergie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Hypertension	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Asthme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Artérielle		
- Diabète	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Du sang	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Articulation et Squelette	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Du cœur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Rénale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Des sinus + Nez	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Dermatologique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Des yeux	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Du foie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	presbytie		
- De la thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Gynécologiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Cancer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Autres :			- SIDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lesquelles :			- Mentales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



3. Avez-vous pris des médicaments ?

 Non

 Oui

 Lesquels : Convera 100 - Ascardil 75 - Renorviro - Metformin - Rosuvata
4. Avez-vous subi des examens de sang ou des radiographies :

 Non

 Oui :

DATE	NATURE	RESULTATS
16-5-2022	glycémie 115 glycémie cholestérol triglycérides HDL LDL	glycémie 1105 g1e HDL 6.1 cholestérol 2.12 triglycérides 0.81 HDL 0.59 LDL 1.43

5. Présentez-vous les signes suivants :

	Oui	Non		Oui	Non
- Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Toux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Eternuements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Crachats	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Mal de tête	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Essoufflements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Mal du dos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Difficultés de respirer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Brûlures des urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Constipation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

-AUTRES :

-Pour les femmes, vos règles sont :

 Nombre de grossesse : 9 Nombre de Fausse-couches : 0

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-vous 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
malche

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 casab, le 30-5-2022

Signature de l'adhérent :

