

# Déclaration de l'utilisateur

(à remplir obligatoirement)

Je soussigné

Nom.....

Prénom.....

Né(e) le .....

Déclare :

avoir (1)

ne pas avoir (1)

d'antécédents médicaux.

(1) rayer la mention inutile

Si oui, je précise les maladies et traumatismes dont j'ai été victime :

.....  
.....  
.....  
.....

Je prends régulièrement le traitement prescrit par mon médecin soit (à décrire) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Je certifie l'exactitude des informations contenues dans cette déclaration remise au médecin agréé par la préfète.

Fait le .....

Signature