

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX, PERSONNELS ET FAMILIAUX

Nom :		
Prénom :		Sexe :
Né(e) :	A :	Le :
Numéro national :		
Emploi postulé :		

QUALIFICATIONS		
ETUDES OU DIPLOMES	ETABLISSEMENTS	ANNEES

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS		
PROFESSION	EMPLOYEUR	DUREE

ANTECEDENTS FAMILIAUX		
	NE(E)-LE	ETAT DE SANTE
Père		
Mère		
Frère(s)		
Sœur(s)		
Conjoint		
Enfant(s)		

CONFIDENTIEL – SECRET MEDICAL
Document à ne remettre qu'à Cohezio

 Lisez attentivement les questions et répondez à chacune par oui ou par non.
Toute déclaration non sincère ou incomplète peut entraîner la nullité d'une décision médicale d'aptitude.

AVEZ-VOUS DEJA ETE :	OUI	NON
Hospitalisé(e) : pour opération chirurgicale ?		
pour accident ?		
pour cure de repos ?		
pour maladie(s) ?		
Si oui, précisez :		
AVEZ-VOUS ETE OU ETES-VOUS ATTEINT(E) DE :	OUI	NON
Problème d'eczéma aux mains ?		
Allergie, eczéma (autre), rhume des foins ?		
Problèmes respiratoires (asthme, bronchite, emphysème, tuberculose) ?		
Perte de connaissance ?		
Commotion cérébrale ?		
Epilepsie ? Convulsions ?		
Dépression nerveuse ? Epuisement ?		
Stress ? Burn-out ?		
Peur du vide ou du travail en hauteur ?		
Diabète ?		
Maladie digestive ?		
Hernie ?		
Hypertension artérielle ?		
Maladie du cœur ?		
Maladie des artères, des veines, ?		
Maladie des oreilles, du nez, des sinus ?		
Vertiges, perte de l'équilibre ?		
Maladie du sang (anémie,...) ?		
Maux de dos, rhumatismes ?		
Tendinites, problèmes articulaires, musculaires ?		
AVEZ-VOUS PRECEDEMMENT :	OUI	NON
Subi un électrocardiogramme ?		
Subi un électroencéphalogramme ?		
Été traité(e) par des médicaments pendant une longue période ?		
Si oui précisez ?		
PRATIQUEZ-VOUS REGULIEREMENT :	OUI	NON
Une ou plusieurs activités physiques ?		
Si oui le(s)quel(s) ?		

CONSOMMEZ-VOUS REGULIEREMENT :		OUI	NON	
Alcool, vin, bière ?				
Tabac ?				
Médicaments ?				
Si oui lesquels ?				
Drogues, stupéfiants ?				
Si oui lesquels ?				
Une ou des invalidités ou incapacités permanentes vous sont-elles reconnues ?				
Si oui, quels en sont les taux ?				
ETES-VOUS VACCINE CONTRE :		OUI	NON	Si oui, date du dernier rappel
Le tétanos ?				
L'hépatite A ?				
L'hépatite B ?				
Le (la) soussigné(e) n'ignore pas qu'une déclaration non sincère ou incomplète peut entraîner la nullité d'une décision médicale d'aptitude. Date : Signature (*) (précédée des mots manuscrits « Certifié sincère et complet ») :				
(*) "Je marque mon accord sur le fait que Cohezio traite mes données à caractère personnel pour les finalités propres à ma demande". La politique concernant le traitement des données à caractère personnel de Cohezio se trouve sur le site web www.cohezio.be/fr/declaration-de-confidentialite.				