

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 : Hawelti AMRARI PRENOM : Abdelhaf

Date de naissance : 01-07-50 Lieu de naissance : FES

Situation familiale :

- Marié/Mariée
 Célibataire
 Veuf/Veuve
 Divorcé/Divorcée

GSM : 06 22 68 93 29

Adresse : 84 Rue Mohamed Diouri casa
Annfa Tél : 05 22 44 77 74

Matricule : 4251 Fonction : Agent

Date de la dernière cotisation : du au

*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

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 :

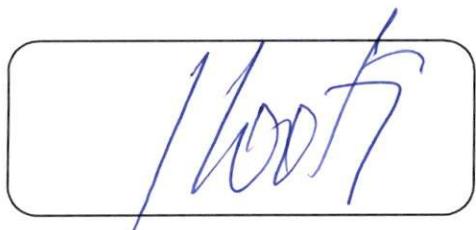
15. Pratiquez-vous une activité sportive ?

 Oui Non

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 caïd, le 09-06-2022

Signature de l'adhérent :



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"/>	- Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Asthme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Du foie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- De la thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Cancer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Gynécologiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- SIDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Autres :			- Mentales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lesquelles :					

3. Avez-vous pris des médicaments ?

 Non

 Oui

Lesquels :

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

 Non

 Oui :

DATE	NATURE	RESULTATS

5. Présentez-vous les signes suivants :

 Oui Non

 - Vomissements

 - Vertiges

 Oui Non

 - Toux

 - Eternuements

 - Crachats

 - Mal de tête

 - Essoufflements

 - Mal des dos

 - Difficultés

 - Diarrhée

 de respirer

 - Constipation

 - Brûlures des urines

-AUTRES :

-Pour les femmes, vos règles sont :

Nombre de grossesse : Nombre de Fausse-couche :

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