

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 : HAUCHE AMRANI PRENOM : Abdelhak

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 Diouzi casa

Amfa Tél : 05.22.44.77.74

Matricule : 4251 Fonction : Agent

Date de la dernière cotisation : duau

*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 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

☒

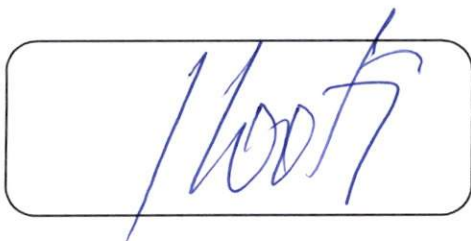
Non

☐

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 Casa, le 09-06-2022.

Signature de l'adhérent :



ANTECEDENTS FAMILIAUX

Nom et prénom	Maladies antérieurs / 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 Artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Asthme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Du sang	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Du cœur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Articulation et Squelette	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Des sinus + Nez	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Rénales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Des yeux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Dermatologique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Du foie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Cancer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- De la thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- SIDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Gynécologiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Mentales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Autres :					

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		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 dus 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 : 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 ☐