

QUESTIONNAIRE MALADIE DISEASE QUESTIONS

Noms et prénoms
(family & first name)

Age

Téléphone
number)

Adresse email
(Email address)

Personne à contacter en cas d'urgence (nom/tel)
(Personn to contact in emergency case)

Marié

☐

Célibataire

☐

Nombre d'enfants

Married

Single

Number of children

Êtes-vous assurés? Oui

☐

Non

☐

Are you insured? Yes

No

Risque d'accompagnement / Risk support

1. Avez-vous une maladie chronique?

Oui

☐

Non

☐

Do you have a chronic disease?

Yes

No

Si oui, suivez-vous un traitement ? lequel? / If Yes, do you have a treatment ? Whatelse?

2. Avez-vous une pathologie invalidante ?

Oui

☐

Non

☐

Do you have an incapacitating pathology?

Yes

No

- Si oui, suivez-vous un traitement ? If yes do you have a treatment?

Oui / Yes

☐

Non/No

☐

- Avec quelles fréquences? Which frequency?

Autres mentions utiles

Je confirme sincère les informations ci-dessus

(I approved the informations above)

Fait à Abidjan, le

.....

(date)

Signature :

Please scan and send it to
Scanner et envoyer à

operation@maroilinternational.com