



LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

[illegible]

PROTHÈSES ADDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

NOM ..... PRÉNOM .....  
 ADRESSE .....  
 .....  
 .....  
 TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....  
 NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

.....

.....

.....

[illegible]