

| | | | |
|-------|--|-------------|--|
| Nom : | | Dossier no: | |
| DDN : | | | |

ADHÉRENT (E) PERSONNE À CHARGE

- PRÉSENTEMENT FAITES-VOUS USAGE DE TABAC Oui Non
(sous toute forme : cigarettes, cigares, pipe, cigarette électronique, tabac à mâcher ou drogues)
 - Si oui, précisez: _____

- AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT USAGE DE TABAC (sous toute forme : précisez) Oui Non

| SOUS QUELLE FORME (cigarettes, cigares, pipe, cigarette électronique, tabac à mâcher ou drogues : précisez) | QUANTITÉ PAR JOUR | PENDANT COMBIEN DE TEMPS (date/ nombre d'années) | SI ARRÊTÉ L'USAGE DE TABAC. (Dates de l'usage) De : À : | |
|---|-------------------|---|---|--|
| | | | | |
| | | | | |

- SI VOUS NE FAITES PLUS USAGE DE TABAC
- Date à laquelle vous avez arrêté :
- Avez-vous refait usage de tabac à l'occasion, depuis la date à laquelle vous avez arrêté? Oui Non
 - Si oui, détaillez : _____
- Avez-vous arrêté sur recommandation du médecin : Oui Non (Si oui, complétez le tableau ci-dessous)

| |
|---|
| <p>L'arrêt de l'usage de tabac est-il relié à une maladie :</p> <p><u>Troubles respiratoires?</u> (asthme, bronchite chronique, emphysème, crachements de sang ou autres troubles respiratoires)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si oui, svp complétez questionnaire « Troubles pulmonaires »)</p> <p><u>Troubles cardio-vasculaires?</u> (Douleurs dans la poitrine, palpitations, souffle au cœur, crise cardiaque ou autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si oui, svp complétez questionnaire « Troubles cardiovasculaires »)</p> <p><u>Autres raisons :</u></p> <p>Nom et adresse du médecin : Téléphone :</p> |
|---|

- Votre occupation : _____

Les présentes déclarations font partie intégrante de la police.

Signature de l'adhérent(e)

Date