

DÉCLARATION DE SANTÉ DE L'EMPLOYÉ

NOTE : Ce questionnaire a pour but d'obtenir un portrait général de votre condition physique actuelle ainsi que des renseignements sur vos antécédents médicaux. Nous n'utiliserons les renseignements fournis que pour nous assurer que vous possédez les qualités et les aptitudes requises pour l'emploi postulé. Ils nous permettront de déterminer la pertinence d'un examen médical, mais n'impliquent pas nécessairement cet examen.

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

ADRESSE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ **TAILLE :** _____ **POIDS :** _____

POIDS IL Y A UN AN : _____ **CAUSE DE LA VARIATION DE POIDS (S'il y a lieu) :** _____

ANTÉCÉDENTS

	OUI	NON
Une de vos demandes d'assurance a-t-elle déjà été refusée, modifiée ou acceptée avec surprime ?	[]	[]
Recevez-vous ou avez-vous déjà reçu des prestations d'invalidité ou d'accident ?	[]	[]

Avez-vous déjà été soigné pour les maladies ou affections suivantes ou en avez-vous ressenti des symptômes ?

	OUI	NON		OUI	NON
Affection des oreilles ou surdité : [] []			Migraines ou maux de tête sévères ou chroniques : [] []		
Alcoolisme ou toxicomanie : [] []			Troubles cérébraux ou neurologiques : [] []		
Allergies : [] []			Troubles de l'intestin, de l'estomac ou du foie : [] []		
Arthrite ou rhumatisme : [] []			Troubles de la colonne vertébrale : [] []		
Cancer ou tumeur : [] []			Troubles des organes génitaux : [] []		
Convulsions (�pilepsie, inconsciences) : [] []			Troubles visuels : [] []		
Diabète : [] []			Troubles rénaux ou des voies urinaires : [] []		
Hypertension artérielle : [] []			Troubles des vaisseaux sanguins : [] []		
D�ficiency coronarienne : [] []			Troubles pulmonaires : [] []		
Maladie du sang ou des glandes : [] []					
Maladie nerveuse ou mentale : [] []					

Présentez-vous une anomalie physique ou une difformité, ou souffrez-vous d'une maladie non mentionnée ci-haut pouvant affecter vos capacités à exécuter le travail relié à l'emploi postulé ? [Oui] [Non]

Si oui, expliquez : _____

 tes-vous enceinte ? _____ Si oui, à quelle date est prévu l'accouchement : _____

Prenez-vous actuellement des médicaments de façon régulière ? _____

Recevez-vous des soins ou des traitements médicaux ? _____ Devez-vous en recevoir sous peu ? _____

Si oui, expliquez : _____

	Cigarettes	Boissons alcooliques	Stupéfiant divers
De quelle quantité par semaine faites-vous usage de : _____			
En avez-vous d�j fait un plus grand usage ? [Oui] [Non] [Oui] [Non] [Oui] [Non]			

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets au meilleur de ma connaissance. J'accepte que toute fausse déclaration ou omission puisse entraîner mon non-engagement de même que la perte de mon emploi ou celle d'un droit à tout avantage relié à une pension ou à une indemnité en rapport avec mon état de santé.

Signature du candidat

Date