

Nom :		Dossier no:	
DDN :			

ADHÉRENT (E) PERSONNE À CHARGE

- PRÉSENTEMENT FAITES-VOUS USAGE DE TABAC Oui Non
(sous toutes formes : à préciser) :
- AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT USAGE DE TABAC (sous toutes formes : préciser) Oui Non

SOUS QUELLE FORME (cigarettes, cigares, pipe, 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, détails : _____
- Avez-vous arrêté sur recommandation du médecin : Oui Non (Si oui, compléter ce tableau)

- L'arrêt de l'usage de tabac est-il relié à une maladie :

Troubles respiratoires? (asthme, bronchite chronique, emphysème, crachements de sang ou autres troubles respiratoires)
Oui Non (Si oui, svp compléter questionnaire troubles pulmonaires)

Troubles cardio-vasculaires? (Douleurs dans la poitrine, palpitations, souffle au cœur, crise cardiaque ou
 autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins) Oui Non
 (Si oui, svp compléter questionnaire troubles cardiovasculaires)

Autres raisons :

Nom et adresse du médecin :
 Téléphone :

- Votre occupation :

Les présentes déclarations font partie intégrante de la police.

Signature de l'adhérent(e)_____
Date