

(Nom du client) \_\_\_\_\_ (Date de naissance) \_\_\_\_\_

<b>Conditions médicales</b> (ajouter toutes autres conditions non mentionnées)	<b>Cette condition est-elle considérée comme étant : sévère, modérée ou légère?</b>	<b>Condition existait en date du X?</b>	<b>Durée prévue d'un an ou plus?</b>	<b>Y a-t-il des limitations quant aux activités quotidiennes résultant de cette condition? (énumérer et expliquer brièvement)</b>
		Oui / Non	Oui / Non	
		Oui / Non	Oui / Non	
		Oui / Non	Oui / Non	
		Oui / Non	Oui / Non	
		Oui / Non	Oui / Non	
		Oui / Non	Oui / Non	

Complété par Dr \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin