

<b>Nom:</b>	
<b>Numéro matricule:</b>	

Questionnaire d'évaluation de la santé – Précisions :

Nota : Si vous avez répondu « OUI » à l'une des questions de 1 à 6 ci-dessus, veuillez fournir des précisions. S'il n'y a pas suffisamment d'espace, veuillez inscrire l'information requise sur une feuille séparée comportant votre nom, numéro matricule, signature et la date, et joindre celle-ci à la présente demande.

Numéro de la question (1 à 6)	M ou C	Détails, diagnostic, durée, résultats	Date du traitement <i>mm      aaaa</i>	Traitement et résultats	Nom et adresse du médecin ou de la clinique
Signature du militaire:					
Signature du conjoint:					
Date (jj-mmm-aaaa):					