

Preneur du contrat : **Proposition n° :**

Nom, prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant : **Nationalité :**

1. L'enfant est-il actuellement en bonne santé ? oui non

2. Veuillez indiquer la taille et le poids de l'enfant : Taille en cm : Poids :

3. Existe-t-il des maladies, des anomalies, des infirmités congénitales ou des séquelles suites à un accident ? oui non

Si oui lesquelles ?

4. Est-ce qu'une demande à l'AI (assurance invalidité) a eu lieu ? oui non

5. Est-ce qu'un médecin a été consulté pour des contrôles ou des traitements ? oui non

Si oui quand ? Lesquels ?

Résultat :

Nom et adresse du médecin :

6. Y-a-t-il dans votre famille ou dans votre parenté des maladies héréditaires ? oui non

Si oui lesquelles ?

7. Le développement de l'enfant se déroule-t-il normalement ? oui non

8. Est-ce que des traitement médicaux ou des écoles spéciales sont prévus ? (par ex. opérations, thérapies physiques, écoles spéciales, etc.) ? oui non

Si oui lesquelles ? Pour quelles raisons ?

Nom et adresse du médecin qui connaît le mieux l'état de santé de l'enfant :

Lieu et date : Signature du preneur d'assurance : _____

Service médical date et visa	Médecin conseil	Réservé à la CCAP <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
<hr/>		<hr/>