

Accueil de Jour Autonome  
Les Trois Cerisiers  
20 Boulevard de Gourgues  
93600 Aulnay-sous-Bois  
Tel : 01 48 68 08 52

Nom, Prénom :.....

Date de naissance:.....

## **QUESTIONNAIRE MEDICAL : par le médecin traitant**

❖ PATHOLOGIES :

❖ ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

❖ TRAITEMENT EN COURS : **Merci de nous joindre l'ordonnance en cours.**

❖ ALLERGIES CONNUES :

Accueil de Jour Autonome  
Les Trois Cerisiers  
20 Boulevard de Gourgues  
93600 Aulnay-sous-Bois  
Tel : 01 48 68 08 52

❖ SUIVI MEDICAL :

Gériatre : OUI  NON

Neurologue : OUI  NON

Psychiatre : OUI  NON

Autres spécialistes :

.....  
.....

Pace maker : OUI  NON

Vaccination Covid-19 : OUI  NON

SI OUI, JOINDRE LE CERTIFICAT DE VACCINATION.

Avez-vous des informations complémentaires à nous transmettre ?

.....  
.....  
.....

**CERTIFICAT DE NON CONTAGION : A joindre au certificat**

**Date :**

**Cachet et signature du médecin :**