

CPAM : \_\_\_\_\_ Centre : \_\_\_\_\_ Code prof : \_\_\_\_\_  
D O jusqu'au : \_\_\_\_\_

#### POURQUOI CE QUESTIONNAIRE ?

Ce questionnaire est destiné à améliorer la connaissance de votre état de santé. En effet, même si certaines questions relatives à votre mode de vie peuvent vous sembler éloignées des problèmes de santé, il est établi depuis de nombreuses années que des facteurs environnementaux, la situation sociale, les habitudes de vie peuvent avoir un impact important sur la santé d'une personne.

Les informations en résultant sont strictement confidentielles et les professionnels du Centre d'Examens de Santé habilités à y accéder sont tenus au secret médical.

#### INFORMATIQUES ET LIBERTES

Si vous consentez à répondre à tout ou partie des questions formulées ci-après, sachez que les informations recueillies font l'objet d'un enregistrement informatique, comme l'ensemble de l'Examen Périodique de Santé, et sont destinés à :

- la gestion de votre dossier médical : seul le personnel habilité du Centre y a accès (nominatif) ;
- permettre à des chercheurs de mener des recherches en Santé Publique (données anonymisées) ;
- vous envoyer des informations provenant de la Caisse d'Assurance Maladie.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser par courrier au correspondant informatique et libertés de la Caisse d'Assurance Maladie des Flandres. Vous pouvez également pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

#### COMMENT REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ?

Pour la plupart des questions, vous trouverez des cases du type « case à cocher ». Pour y répondre, il suffit de cocher ces cases.

Sauf indication contraire, vous ne devez cocher qu'une seule case, celle qui vous semble le mieux correspondre à votre situation.

Dans quelques cas, la réponse est un nombre à indiquer : remplissez alors la case en cadrant à droite.

Il faut environ 10 à 15 minutes pour compléter ce questionnaire. En cas de besoin, n'hésitez pas à demander l'aide du personnel du Centre.

Mme  Mlle  M.

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Votre n° de téléphone : \_\_\_\_\_

Votre n° de portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

J'autorise la CPAM à utiliser les informations ci-dessus pour me contacter :  oui  non

Signature : \_\_\_\_\_

#### Nom et prénom de votre médecin traitant

Dr \_\_\_\_\_

Son adresse : \_\_\_\_\_

Son n° de téléphone : \_\_\_\_\_

En cas d'anomalie importante dépistée, souhaitez-vous qu'un double de votre dossier lui soit transmis ?

oui  non

Votre dossier vous sera toujours remis ou envoyé.

Comment avez-vous eu connaissance du Centre d'Examens de Santé ?

- par une invitation de la CPAM
- par d'autres organismes sociaux (CAF, ASSEDIC...)
- par des travailleurs sociaux
- par un médecin
- par d'autres moyens, précisez

#### Éléments socio-professionnels

▶ Avez-vous un emploi stable ?  oui  non

▶ Si vous ne travaillez pas : êtes-vous ?

- jeune en cours de formation
- à la recherche d'un 1er emploi
- chômeur de moins de 6 mois
- chômeur de plus de 6 mois
- allocataire du R.S.A.
- étudiant
- personne au foyer
- retraité ou préretraité
- invalide
- Contrat d'Emploi Solidarité
- en stage d'insertion
- en congé parental
- S.D.F.

▶ Si vous êtes chômeur ou retraité, quelle était votre profession ou celle exercée le plus longtemps ? \_\_\_\_\_

▶ Depuis combien de temps n'exercez-vous plus d'activité professionnelle ?

- 6 mois à 1 an
- 1 à 2 ans
- 2 à 3 ans
- + de 3 ans
- n'a jamais travaillé

▶ Avez-vous une mutuelle ?  oui  non

▶ Bénéficiez-vous de la Couverture Maladie Universelle ?  oui  non

▶ Bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur ? (Prise en charge à 100 % par la CPAM)  oui  non

#### Etat de santé

▶ Compte tenu de votre âge, veuillez indiquer par une note comprise entre 1 et 10 votre état de santé tel que vous le ressentez (1 = mauvaise santé et 10 = excellente santé) : \_\_\_\_\_

#### Suivi

Au cours de ces 2 dernières années :

▶ avez-vous consulté un dentiste ?  
• jamais  • 1 fois par an  • 2 fois par an  • davantage

▶ avez-vous consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) ?  
• jamais  • 1 fois par an  • 2 fois par an  • davantage

## Antécédents familiaux

(les questions suivantes concernent vos père, mère, frères, sœurs uniquement)

- ▶ L'un d'entre eux (ou plusieurs) a-t-il eu ?
  - une hypertension artérielle  oui  non
  - un infarctus du myocarde  oui  non
  - une affection de la glande thyroïde  oui  non
  - un diabète  oui  non
  - un glaucome  oui  non
  - de l'asthme  oui  non
  - de l'eczéma  oui  non
  - des polypes à l'intestin  oui  non
  - un cancer de l'intestin ou du rectum  oui  non
  - un cancer du sein  oui  non
  - un cancer de la prostate  oui  non

## Antécédents personnels

- ▶ Un médecin a-t-il signalé que votre tension artérielle était élevée ?  oui  non
- ▶ Avez-vous eu des problèmes cardiaques ?  oui  non  
Si oui, lesquels ?
  - infarctus  oui  non
  - angine de poitrine  oui  non
  - autre  oui  non
- ▶ Avez-vous été soigné pour un cancer ?  oui  non
- ▶ Avez-vous eu des polypes à l'intestin ?  oui  non
- ▶ Avez-vous passé une coloscopie au cours des 5 dernières années ? (ramener le compte rendu)  oui  non  
Date de la dernière coloscopie : \_\_\_\_\_
- ▶ Avez-vous déjà réalisé un test Hémocult ?  oui  non  
Si oui, en quelle année : \_\_\_\_\_
- ▶ Avez-vous été traité pour une affection de la glande thyroïde ?  oui  non
- ▶ Avez-vous eu des crises épileptiques ou des convulsions ?  oui  non
- ▶ Avez-vous été traité pour une dépression ?  oui  non
- ▶ Vous a-t-on déjà signalé un taux anormal dans le sang de :
  - cholestérol  oui  non
  - triglycérides  oui  non
  - sucre  oui  non
- ▶ Avez-vous été transfusé avant 1991 ?  oui  non
- ▶ Avez-vous donné du sang ces 3 derniers mois ?  oui  non
- ▶ Avez-vous eu une maladie sexuellement transmissible ?  oui  non  
Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_
- ▶ Avez-vous bénéficié d'un test de dépistage :
  - du sida  oui  non
  - de l'hépatite C  oui  nonSi oui, à quelles dates : \_\_\_\_\_
- ▶ Avez-vous eu un tatouage ou un piercing ?  oui  non
- ▶ Avez-vous déjà utilisé des drogues par voie intra-veineuse ou nasale ou fumées ?  oui  non

## État de santé actuel

- ▶ Quelles sont les vaccinations que vous avez réalisées depuis moins de 10 ans (veuillez apporter votre carnet de vaccinations pour l'examen médical) :
  - diphtérie  oui  non  ne sait pas
  - polio  oui  non  ne sait pas
  - tétanos  oui  non  ne sait pas
  - hépatite B  oui  non  ne sait pas
- ▶ Avez-vous des douleurs dans la poitrine ?  oui  non
- ▶ Etes-vous essoufflé à l'effort ?  oui  non

- ▶ Etes-vous asthmatique ?  oui  non
- ▶ Etes-vous suivi pour des affections respiratoires ?  oui  non
- ▶ Vos selles se sont-elles modifiées récemment (constipation, diarrhée, alternance) ?  oui  non
- ▶ Avez-vous du sang dans les selles ou saignez-vous de l'anus ?  oui  non
- ▶ Toussez-vous ou crachez-vous presque tous les jours, 3 mois de suite chaque année depuis au moins 2 ans ?  oui  non
- ▶ Avez-vous des troubles du sommeil ?  oui  non
- ▶ Votre entourage vous a-t-il fait remarquer que vous aviez des troubles de la mémoire ?  oui  non
- ▶ Avez-vous noté, au niveau de la peau, des boutons ou des croûtes qui ne guérissent pas ou un changement d'aspect d'un grain de beauté ?  oui  non
- ▶ Votre poids est-il ?  stable  en hausse  en baisse  
De combien (au cours des 6 derniers mois) : \_\_\_\_\_
- ▶ Avez-vous des difficultés récentes pour avaler particulièrement le pain ou la viande ?  oui  non
- ▶ Avez-vous une gêne pour uriner ?  oui  non
- ▶ Vous levez-vous plusieurs fois la nuit pour uriner ?  oui  non

Homme (seulement)

- ▶ Avez-vous eu ces 2 dernières années un dosage des PSA ? (dépistage du cancer de la prostate)  oui  non
- ▶ Avez-vous noté une grosseur ou une autre anomalie sur un testicule ?  oui  non

Femme (seulement)

- ▶ Etes-vous suivie régulièrement 1 fois par an sur le plan gynécologique ?  oui  non
- ▶ Etes-vous ménopausée ?  oui  non
- ▶ Avez-vous un traitement hormonal de la ménopause ?  oui  non
- ▶ Utilisez-vous une méthode de contraception  oui  non  
Si oui, laquelle :  stérilet  préservatif  pilule  ligature des trompes  autre
- ▶ Avez-vous eu un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus depuis moins de 3 ans ?  oui  non
- ▶ Avez-vous été traitée ou opérée pour maladie gynécologique ?  oui  non
- ▶ Avez-vous effectué une mammographie dans les 2 dernières années ? (ramener le compte rendu)  oui  non
- ▶ Au cours de ces derniers mois, avez-vous remarqué dans vos seins une grosseur même de petit volume ?  oui  non
- ▶ Avez-vous remarqué un écoulement du mamelon ?  oui  non
- ▶ Etes-vous enceinte ?  oui  non
- ▶ Avez-vous des saignements en dehors des règles ?  oui  non
- ▶ Etes-vous gênée par des pertes blanches abondantes ?  oui  non
- ▶ Perdez-vous parfois vos urines lorsque vous toussiez ou à l'effort ?  oui  non
- ▶ Au cours de l'entretien médical, souhaitez-vous que soient évoquées des questions relatives à votre sexualité ?  oui  non

## Traitement

► Si vous avez subi des interventions chirurgicales, indiquez lesquelles :

\_\_\_\_\_

► Etes-vous suivi(e) ou traité(e) pour une ou plusieurs affections ?  oui  non

Si oui, la(les)quelle(s) : \_\_\_\_\_

► Quels médicaments prenez-vous actuellement :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Mode de vie

► Quel est votre niveau d'études ? (cochez votre niveau scolaire)

- ne sait pas lire ou écrire le français
- sans diplôme
- certificat d'études primaires seul
- CAP, BEP, BECP, Brevet des collèges
- Baccalauréat de l'enseignement général professionnel, brevet de technicien
- diplôme du 1er cycle universitaire, DUT, BTS
- diplôme équivalent au moins au 2<sup>e</sup> cycle universitaire : licence, maîtrise, école d'ingénieur, ...

► Si vous travaillez, votre profession : \_\_\_\_\_

- Travaillez-vous ?
- de jour  en poste  de nuit  sans horaire fixe
- à temps plein  à temps partiel

► Etes-vous ou avez-vous été exposé(e) à des nuisances dans votre profession ? (cochez les cases correspondantes)

- actuelle  antérieure
- bruit  poussières  silice  amiante  benzène
- produits toxiques  autres

► Etes-vous :

- non fumeur
- fumeur actuel
- ex fumeur

► Si vous êtes fumeur actuel, indiquez :

- le nombre de cigarettes fumées par jour
- depuis combien d'années vous fumez
- si vous êtes fumeur de pipes  oui  non
- si vous êtes fumeur de cigares  oui  non

► Si vous êtes ancien fumeur, indiquez :

- le nombre de cigarettes que vous fumiez par jour
- la durée du tabagisme (en année)
- depuis combien d'années avez-vous cessé ?

► Vivez-vous en couple ?  oui  non

► Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété)  oui  non

► Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)  oui  non

► Au cours des 12 derniers mois :

- vous est-il arrivé de faire du sport ?  oui  non
- êtes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre,...)  oui  non
- êtes-vous parti en vacances ?  oui  non

► Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille (autre que vos parents ou enfants) ?  oui  non

► En cas de difficultés (financière, familiale, de santé...), y a-t-il, dans votre entourage, des personnes sur qui vous puissiez compter pour :

- vous héberger quelques jours en cas de besoin  oui  non
- vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt)  oui  non

► Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur,...) ?  oui  non

## Activité physique

► Votre taille : \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ Votre poids : \_\_\_\_\_ kg

L'activité physique, c'est quoi ?

Dès lors que notre corps bouge et provoque une dépense énergétique significative, nous effectuons une activité physique.

Une activité physique pratiquée régulièrement :

- participe à la protection de votre santé (maladies cardio-vasculaires...),
- améliore votre condition physique (équilibre, souplesse...),
- a un rôle sur la qualité de vie (résistance à la fatigue, meilleur sommeil...),
- peut favoriser les rencontres entre amis et les activités en famille.

Activité modérée

Effort qui augmente le rythme cardiaque ou qui fait respirer plus fort que normalement (exemples : tâches ménagères, jardinage, bricolage, danse de salon, vélo ou natation « plaisir », marche rapide, ...).

Activité intense

Effort qui fait transpirer ou qui provoque l'essoufflement (exemples : porter des charges lourdes, marche avec dénivelés, cyclisme, jogging à allure rapide, football, tennis...).

► Combien de fois par semaine, faites-vous : (entourez le nombre qui correspond)

• 30 minutes d'activité physique modérée ?	Score 1
- plus de 5 fois par semaine	4
- 3 à 4 fois par semaine	2
- 1 à 2 fois par semaine	1
- jamais	0
• 20 minutes d'activité physique intense ?	Score 2
- supérieur ou égal à 3 fois par semaine	4
- 1 à 2 fois par semaine	2
- jamais	0

SCORE TOTAL (score 1 + score 2) = \_\_\_\_\_

- Si le score total est supérieur ou égal à 4, vous êtes « suffisamment actif ». Il faut continuer !
- Si le score total est entre 0 et 3, vous êtes « insuffisamment actif ». Il faut bouger plus !

► Avez-vous l'intention de commencer ou d'augmenter votre activité physique dans les 6 prochains mois ?  oui  non

## Alimentation

### LES HABITUDES ALIMENTAIRES

La fréquence des repas

► Mangez-vous ?  matin  midi  soir

► Effectuez-vous une collation ?  oui  non

Si oui :  matin  après-midi

Que mangez-vous ?

- pain  viennoiserie, biscuits  laitage  fruits
- autres

► Grignotez-vous entre les repas ?  oui  non

Si oui, que grignotez-vous ? \_\_\_\_\_

Prise des repas

	midi	soir
• en famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• devant la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• au calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• moins de 20 minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• plus de 20 minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'ALIMENTS

### Les aliments sucrés ou sucres simples

- ▶ Par jour, combien prenez-vous :
- de morceaux de sucre ?  0  1 à 3  +3  
(dans les infusions, le café, le thé)
  - de cuillères à café de confiture, pâte à tartiner  0  2  +2
  - de confiseries (bonbons, chocolat...)  0  1 à 3  +3
  - de biscuits  0  1 à 3  +3
- ▶ Par semaine, combien prenez-vous :
- de pâtisseries, glaces, crèmes dessert...  0  1 à 3  +3

### Les matières grasses et aliments gras

- ▶ Qu'utilisez-vous comme matières grasses ?
- pour les tartines :
    - beurre  beurre allégé  margarine végétale
  - pour l'assaisonnement :
    - beurre  huile (colza, noix, pépins de raisin, olive...)
  - pour la cuisson :
    - beurre  margarine végétale  huile (olive, tournesol, arachide...)
  - pour les fritures :
    - huile  végétaline  graisse de bœuf

Par semaine :

- ▶ Combien de fois consommez-vous des fritures ?  
(frites, aliments panés, beignets...) :  0  1 à 2  +2
- ▶ Combien de fois mangez-vous de la charcuterie ?  
(pâté, saucisson, saucisse, saindoux, rillettes, jambon sec...)  0  1 à 2  +2
- ▶ Combien de fois mangez-vous des viennoiseries ?  
(croissants, petits pains au chocolat, brioche...) :  0  1 à 2  +2

### Les féculents ou sucres lents

- ▶ Consommez-vous à chaque repas :  
pain, pommes de terre, pâtes, riz,  
semoule, blé, légumes secs (lentilles, pois  
chiches/cassés, haricots blancs/rouges, fèves...)  oui  non

### Les protéines animales

Par semaine :

- ▶ Combien de fois consommez-vous  
de la viande ?  0  1 à 5  6 à 10  +10
- ▶ Combien de fois consommez-vous  
du poisson ? (frais, surgelé, en conserve)  0  1 à 2  +2
- ▶ Combien de fois consommez-vous  
d'œufs ?  0  1 à 4  5 ou +
- ▶ Consommez-vous de la viande et du fromage  
au cours d'un même repas ?  oui  non

### Les fruits et légumes

Chaque jour :

- ▶ Combien consommez-vous de légumes ?  
(crus, cuits, frais, surgelés, en conserve, en salade, en crudités)  0  1  2  3 et +
- ▶ Combien consommez-vous de fruits ?  
(frais, compotes, salade de fruits)  0  1  2  3 et +

### Les produits laitiers

- ▶ Par jour, combien consommez-vous :
- de laitages (lait, yaourt, fromage blanc)  0  1  2  3 et +
  - de portions de fromage (30 g)  0  1  2  3 et +

### Les aliments salés

- ▶ Par semaine, combien de fois prenez-vous :
- des chips, biscuits apéritifs  0  1 à 2  +2
  - des cacahuètes, noix de cajou, pistaches  0  1 à 2  +2
  - des plats (industriels, tout fait du commerce)  0  1 à 2  +2
- ▶ Rajoutez-vous du sel dans votre assiette ?  oui  non

### Les boissons

- ▶ Chaque jour, combien buvez-vous :
- de verres d'eau ?  0  4 (1/2 l)  8 (1 l)  + de 8
  - de verres de boissons sucrées (coca, soda, limonade ou sirop)  
 0  4 (1/2 l)  8 (1 l)  + de 8
  - de tasses de café  0  1 à 2  3 à 4  + de 4
  - de tasses de thé  0  1 à 2  3 à 4  + de 4
- ▶ Prenez-vous des boissons alcoolisées (vin, bière, cidre, apéritifs, digestifs) ?
- jamais
  - rarement (moins d'une fois par semaine)
  - certains jours de la semaine
  - tous les jours

Il y a autant d'alcool dans chacun de ces verres :

- 10 cl de vin ou champagne à 12 °
- 25 cl de bière à 5 °
- 7 cl d'apéritif à 18 °
- 2,5 cl d'alcool fort à 45 °

Chacune de ces consommations = 1 verre standard

- ▶ A combien estimez-vous le nombre de verres  
standard de vin, bière, cidre, apéritif, digestif :
- que vous prenez habituellement tous les jours ? \_\_\_\_\_
  - que vous prenez un jour de week end ou de fête ? \_\_\_\_\_
- ▶ Au cours de la semaine écoulée,  
avez-vous consommé au moins 1 fois ?
- du vin  oui  non
  - de la bière ou du cidre  oui  non
  - un apéritif ou un digestif  oui  non
- ▶ Si vous ne prenez pas de boissons alcoolisées,  
est-ce parce que vous avez cessé d'en prendre ?
- oui  non

## CENTRE D'EXAMENS DE SANTÉ DES FLANDRES

2, rue de la Batellerie CS 94523 - 59386 Dunkerque cedex 1

Tél. : 03 28 26 39 49 - Fax : 03 28 26 39 18

cesdesflandres@cpam-flandres.cnamts.fr

AGIR ENSEMBLE, PROTÉGER CHACUN

# L'Examen de Prévention en Santé

## Pour échanger et faire le point sur votre santé



De nombreux  
Professionnels de Santé à  
votre écoute :

- Médecins ;
- Infirmiers ;
- Diététicienne ;
- Tabacologue.



### A STEENVOORDE

CENTRE SOCIAL - PMI

Place Jean-Marie Ryckewaert

### Le mercredi 19 Juin

Un 2<sup>nd</sup> rendez-vous sera fixé le :  
lundi 24 juin ou le mardi 25 juin

Inscription auprès de :

Votre Référent Social



# INFO PRATIQUES POUR LE BILAN DE SANTE DELOCALISE DE

## LIEU : STEENVOORDE

Le bilan de santé est un ensemble d'examens de prévention, personnalisé selon l'âge, le sexe, les habitudes de vie, les antécédents médicaux de l'assuré. Les tests et examens sont réalisés par un médecin et des infirmiers. Ce bilan est gratuit et pris en charge en intégralité par l'Assurance Maladie. Vous ne devez pas faire l'avance des frais.

*Le bilan de santé délocalisé se déroule en 2 temps :*

*Il se déroulera pour la totalité des examens dans les locaux*

**du CENTRE SOCIAL - PMI Place Jean-Marie Ryckewaert à STEENVOORDE**

### **Temps 1 : Mercredi 19 Juin entre 8h et 10h30 (Durée : environ 45 minutes)**

Les personnes sont convoquées à une heure précise entre 8h00 et 10h30 pour faire :

- ✓ La prise de sang
- ✓ L'examen bucco-dentaire
- ✓ Prendre le petit-déjeuner

**ATTENTION :** Les personnes doivent être à jeun de la veille au soir 22h (les traitements médicamenteux doivent être pris normalement, il est possible de boire de l'eau ou du café sans sucre avant la prise de sang),

Les personnes doivent également ramener un flacon d'urine avec le recueil des premières urines du matin.

Il est également impératif de ramener compléter le questionnaire santé.

Une attestation de carte vitale sera également demandée.

### **Temps 2 : Lundi 24 et Mardi 25 Juin entre 8h30 et la fin d'après-midi (dépend du nombre d'inscrits) (Durée : environ 1h)**

Les personnes sont convoquées à l'une des deux dates et heure qui leur conviennent (ce rdv sera fixé le Mercredi 19 Juin, lors de la réalisation du temps 1) pour réaliser les examens suivants :

Avec l'infirmière :

- ✓ Test visuel et auditif
- ✓ Electrocardiogramme (non systématique)
- ✓ Biométrie (poids et taille)
- ✓ Souffle  
(non systématique)
- ✓ Test de mémoire (après 65 ans)
- ✓ Tension artérielle

Avec le médecin :

- ✓ Examen clinique
- ✓ Commentaires des 1<sup>ers</sup> résultats

PUBLIC

Avec la diététicienne :

- ✓ Entretien diététique

**Le lundi 01/07/2019**

**INFO :** Pour le 2<sup>ème</sup> temps il n'y a pas besoin d'être à jeun

Il faut rapporter ce jour-là, le **carnet de vaccination** (si la personne en possède un) et **carnet de santé** (avec ordonnances et résultats des examens récents, si possible) ; et sa **paire de lunettes** (si la personne en porte).

**Les personnes qui s'inscrivent au bilan de santé recevront par courrier une convocation, leur précisant l'heure de rendez-vous et l'adresse.**

**Points d'étape : les 04/04 et 20/05/2019**

**Clôture des inscriptions le 07/06/2019**

PUBLIC

STRUCTURE ET DATE :	STEENVOORDE 19/06/2019
------------------------	------------------------

	NOM	PRENOM	SEXE	DATE DE NAISS.	N° DE SS	ADRESSE	CP	Ville	Tel	Adresse e-mail	<i>J'accepte de bénéficier des campagnes SMS de l'Assurance Maladie</i>
1											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
3											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
6											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
7											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
8											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
9											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
10											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
11											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
12											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
13											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
14											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
15											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non