



**Programme Apprentissage+One : Questionnaire de santé**

|                                             |  |
|---------------------------------------------|--|
| Nom                                         |  |
| Prénom                                      |  |
| Nationalité (s)                             |  |
| Ecole professionnelle                       |  |
| Intitulé détaillé de votre profession (CFC) |  |

|                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------|--|
| Souffrez-vous de maladies chroniques ou de longue durée?         |  |
| Votre état de santé exige-t-il une prise en charge particulière? |  |
| Souffrez-vous d'allergie alimentaire? Si oui, lesquelles?        |  |
| Suivez-vous un régime alimentaire spécial? Si oui, lequel?       |  |

Je déclare sur l'honneur que les informations indiquées sont exactes et actuelles.

Date et signature de la personne candidate: .....

Signature du ou des représentants légaux: .....