

“ MENUFIT ”

Medical Nutrition and Fitness Unit

Nutrition Unit:

	<u>Tel.Nr.:</u>
<input type="checkbox"/> Francque S., gastro-entérologue, hépatologue	4530
<input type="checkbox"/> Van den Wyngaert M., infirmière	4530
<input type="checkbox"/> De Vos N., diététicienne/nutritionniste	4579

Fitness Unit:

C Locomot:

<input type="checkbox"/> Moris M., rhumatologue	4724
<input type="checkbox"/> Plessers P., médecin sportif	4724
<input type="checkbox"/> Freart A., médecin sportif	4724
<input type="checkbox"/> Leflot, chirurgien orthopédique	4744
<input type="checkbox"/> Van Tiggelen D., kinésithérapeute	4722
<input type="checkbox"/> Duvigneaud N., kinésithérapeute	4728
<input type="checkbox"/> Bernard E., kinésithérapeute	4728

Labo de Sport:

<input type="checkbox"/> Geirnaert D., consultant sportif	4537
<input type="checkbox"/> Fewan A., infirmier	4532

Mental Unit:

<input type="checkbox"/> Secrétariat CSM	4402/3
<input type="checkbox"/> Clauw L., psychologue	4419

Cel Addict:

<input type="checkbox"/> Blasiak D., consultante en toxicomanie	4486
---	-------------

QUESTIONNAIRE MENUFIT:

Pourriez-vous compléter le questionnaire ci-joint de manière précise et complète. Si vous le souhaitez vous pouvez demander l'aide du CMR de votre unité ou nous contacter par téléphone.

1. Questionnaire sur évolution du poids

1.1. Y a-t-il du surpoids dans la famille?

oui non pas connu

1.2. Quel était votre poids à la naissance?

< 2750g 2750g-4060g > 4060g pas connu

1.3. Êtes-vous né prématurément?

oui non pas connu

1.4. Quel était votre poids à l'école gardienne?

maigre moyen surpoids pas connu

1.5. Quel était votre poids à l'école primaire?

maigre moyen surpoids pas connu

1.6. Quel était votre poids à l'école secondaire?

maigre moyen surpoids pas connu

1.7. Avez-vous pris du poids pendant la puberté?

oui non pas connu

(Les questions 1.8-1.9-1.10 sont uniquement destinées aux femmes)

1.8. Avez-vous pris du poids au moment du début de la prise de contraceptif?

oui non

1.9. Avez-vous déjà été enceinte?

oui non

Si oui, combien de fois?

..... x

1.10. Avez-vous pris du poids après vos accouchements?

oui non

Si oui, combien de kg?

..... kg

1.11. Avez-vous du surpoids actuellement?

oui non

Si oui, précisez le début et les raisons:

J'ai un surpoids depuis, à cause de

1.12. Tracez ci dessous l'évolution de votre poids:



2. Questionnaire sur la gestion du poids

2.1. Quel est votre taille et poids?

1m et kg (BMI=.....)

2.2. Désirez-vous un avis diététique?

oui non

2.3. Qu'avez-vous déjà fait comme régime ? Veuillez remplir le tableau ci-dessous en notant les différents régimes que vous avez faits, l'année de ce régime, la durée, la perte de poids obtenue, ce qui a causé l'arrêt du régime.

Type de régime	Année	Durée	Poids perdu	Arrêt

2.4. Essayez-vous pour le moment:

- de maigrir
- de stabiliser votre poids
- de prendre du poids (= fin du questionnaire)

2.5. A quel moment de votre vie, le poids est-il devenu un problème pour vous ?

.....
.....

2.6. Pourquoi voulez-vous maigrir?

- mal au dos / genoux
- je ne me sens plus bien / perte d'énergie
- je ne rentre plus dans mes vêtements
- pour ma santé
- car je veux paraître plus beau(belle) / suivre la mode
- autre

2.7. Que faites-vous pour maigrir ou pour stabiliser votre poids?

- je bouge plus
- je saute des repas
- je fais attention à ce que je mange
- je compte les calories
- je suis le programme Weight Watchers ou une autre méthode
- j'utilise des médicaments, e.g. Xenical Alli autre
- je suis un régime
- je mange des substituts de repas de la marque:.....
- j'utilise des produits de régime dont:.....
- autre:.....

2.8. Qui vous a poussé à faire quelque chose pour votre poids?

- mon médecin traitant le médecin de travail autre
- un spécialiste,
- un(e) diététicien(ne)
- un(e) ami(e), quelqu'un de la famille
- mon/ma partenaire

personne, je l'ai décidé tout(e) seul(e)

2.9. Qui vous a informé sur la gestion de votre poids?

- mon médecin traitant le médecin de travail autre
 un(e) diététicien(ne) à l'hôpital militaire dans le civil
 un(e) ami(e), quelqu'un de la famille
 mon/ma partenaire
 autre:

2.10. Avez-vous eu un programme MeNuFit auparavant?

- oui non

2.11. D'après vous, pourquoi avez-vous des problèmes avec la gestion de votre poids?

- j'ai vite faim
 j'aime les sucreries
 j'ai difficile à réduire les portions
 je n'ai pas le temps de manger sainement
 je n'ai pas le temps de faire de l'exercice

2.12. Avez vous déjà suivi un "régime 200 cal" à l'hôpital militaire?

- oui non

2.13. Avez-vous eu ou avez-vous un ballon gastrique?

- oui, depuis.....jusqu'au..... *(allez aux questions 2.16 et 2.17)*
 non

2.14. Avez-vous eu ou avez-vous un anneau gastrique?

- oui, depuis Quel type?*(allez aux questions 2.16 et 2.17)*
 non

2.15. Avez-vous déjà subi une opération à l'estomac (gastric bypass / gastroplastie)?

- oui, depuis Quel type? *(allez aux questions 2.16 et 2.17)*
 non

2.16. Envisagez-vous un ballon, anneau ou intervention à l'estomac?

- oui non

2.17. Depuis l'intervention, devez-vous parfois vomir après l'ingestion de certains aliments?

- oui, après avoir mangé du
 non

2.18. Y-a-t-il des aliments dans la liste ci-dessous que vous digérez difficilement depuis l'intervention?

- non, je mange de tout
 viande, dont
 graisse alimentaire, dont
 produit laitier, dont
 légume et/ou fruit, dont
 autre:

3. Questionnaire activité physique

3.1. Votre activité personnelle est-elle physiquement légère, moyenne ou lourde?

légère moyenne lourde

3.2. Pendant une semaine normale, combien d'heures par jour passez-vous en moyenne devant la télévision ou devant l'ordinateur (internet, jeux, ...)?

..... heure(s) par jour

3.3. Pendant un weekend normal, combien d'heures par jour passez-vous en moyenne devant la télévision ou devant l'ordinateur (internet, jeux, ...)?

..... heure(s) par jour

3.4. Combien de fois par semaine pratiquez-vous une activité d'une durée moyenne de 20 minutes, pendant laquelle vous transpirez et que votre respiration s'accélère?

..... fois par semaine

3.5. Combien de fois faites-vous du sport par semaine?

..... fois par semaine, quel sport?..... Et pendant combien de temps?
.....

3.6. Si vous ne faites pas de sport, quelle en est pour vous la raison principale?

.....

3.7. Avez-vous des plaintes à l'effort?

oui non

Si oui, lesquelles?

3.8. Si vous ne faites pas de sport, êtes vous prêt à bouger?

oui non

3.9. Voulez-vous un programme de sport?

oui non

3.10. Avez-vous fait vos TMAP l'année passée?

oui

Quel est votre temps au 2400m?

Combien de points avez-vous obtenu?.....

non

Quelle en est la raison?.....

pas d'application

4. Questionnaire tabagisme et consommation d'alcool, drogue et médicaments

4.1. Fumez-vous?

- oui non

Questions 4.1.1 à 4.1.6 uniquement à remplir par les fumeurs:

4.1.1. Combien de temps après le lever fumez-vous votre première cigarette?

- <5 min 6 à 30 min 31 à 60 min >60 min

4.1.2. Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit (dans les places publiques, dans les restaurants, au travail, dans les bus,...)?

- oui non

4.1.3. Quelle cigarette vous manquerait le plus?

- la première n'importe laquelle

4.1.4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

- >30 21 tot 30 11 tot 20 10 ou moins

4.1.5. Fumez-vous plus, la première heure après votre lever, que le reste de la journée?

- oui non

4.1.6. Fumez-vous, même si vous êtes malade, au point de devoir rester au lit toute la journée?

- oui non

4.2. Consommez-vous de l'alcool?

- non
 oui

Si oui, combien?verres/jour

Quoi?.....

Quand?.....

Allez au CAGE

CAGE:

4.2.1. Avez-vous déjà envisagé de réduire votre consommation d'alcool?

- oui non

4.2.2. Êtes-vous irrité par les remarques d'autrui concernant votre attitude vis-à-vis de la boisson?

- oui non

4.2.3. Avez-vous déjà culpabilisé quant à votre attitude vis-à-vis de la boisson?

- oui non

4.2.4. Avez-vous souvent besoin de consommer pour pouvoir démarrer le matin?

- oui non

4.3. Prenez-vous parfois des calmants ou des stimulants (drogue) ?

oui non

Si oui, à quelle fréquence et quoi?.....

4.4. Prenez-vous des médicaments (également homéopathiques)?

oui non

Si oui, notez tous les médicaments que vous prenez:

NOM	DOSE	FREQUENCE	DEPUIS QUAND
P.ex. : Ténormin	100 mg	1 x / jour	± 1995

5. Questionnaire médical

5.1. Dans les deux dernières années, avez-vous été en incapacité de travailler plus de 2 semaines?

oui non

Si oui, mentionnez la cause:

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

5.2. Êtes-vous enceinte?

oui non

Si oui, précisez le stade de la grossesse:

.....

5.3. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection gynécologique ou une affection mammaire, ...?

oui non

Si oui, précisez la nature de la maladie, son début et son traitement:

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

5.4. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie du système nerveux, tels que convulsions, paralysie, syncope, trouble visuel, trouble de la perception, ...?

oui non

Si oui, précisez la nature de la maladie, son début et son traitement:

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

5.5. Avez-vous déjà eu un accident avec ou sans commotion cérébrale, autres problèmes, ...?

oui non

Si oui, précisez la nature de la maladie, son début et son traitement:

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

5.6. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie du système respiratoire, tels que tuberculose, pneumonie, bronchite, asthme ...?

oui non

Si oui, précisez la nature de la maladie, son début et son traitement:

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

5.7. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une ou plusieurs allergies?

oui non

Si oui, précisez la nature de la maladie, son début et son traitement (comprimés, aérosols, collyre, ...):

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

5.8. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie du système digestif, tels que ulcère œsophagien, gastrique ou intestinal, saignement gastrique ou intestinal, diarrhée, constipation, maladie du foie ou de la vésicule (pierres) ou pancréas, jaunisse (hépatite), ...?

oui non

Si oui, précisez la nature de la maladie, son début et son traitement:

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

5.9. Avez-vous ou avez vous eu parfois du sang dans les selles?

oui non

Si oui, précisez quand et la couleur (rouge ou noir):

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

5.10. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie du système vasculaire, tels que maladie du cœur, angine de poitrine, infarctus, trouble de la tension artérielle, athérosclérose, phlébite, œdème, varices, ...?

oui non

Si oui, précisez la nature de la maladie, son début et son traitement:

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

5.11. Y a-t-il des antécédents familiaux d'infarctus du myocarde, un arrêt cardiaque soudain, un taux de cholestérol trop élevé ...?

oui non

Si oui, précisez la maladie et si d'autres membres de votre famille en souffrent:

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

5.12. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie du système urinaire et génital, tel que difficultés d'uriner, problème de prostate, sang dans les urines, pierres aux reins, ...?

oui non

Si oui, précisez la nature de la maladie, son début et son traitement:

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

5.13. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie des yeux, oreilles, du nez, larynx, bouche, ...?

oui non

Si oui, précisez la nature de la maladie, son début et son traitement:

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

5.14. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie de la peau, tels que eczéma, allergie, herpes, psoriasis, ...?

oui non

Si oui, précisez la nature de la maladie, son début et son traitement:

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

5.15. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie du système endocrinien, tels que diabète, obésité, maladie de la thyroïde ou des glandes surrénales, ...?

oui non

Si oui, précisez la nature de la maladie, son début et son traitement:

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

5.16. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection lymphatique, de la rate, telle que la maladie de Hodgkin et/ou avez-vous subi une splénectomie, ...?

oui non

Si oui, précisez la nature de la maladie, son début et son traitement:

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

5.17. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie du sang telles que l'anémie, la leucémie, ...?

oui non

Si oui, précisez la nature de la maladie, son début et son traitement:

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

5.18. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie osseuse ou articulaire, tels que rhumatisme, articulations douloureuses et gonflées, hernie discale, douleurs dorsolombaires, sciatique, arthrose, ostéoporose ou décalcification, goutte, ...?

oui non

Si oui, précisez la nature de la maladie, son début et son traitement:

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

5.19. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection qui n'a pas été mentionnée?

oui non

Si oui, précisez la nature de la maladie, son début et son traitement:

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

5.20. Avez-vous subi des interventions chirurgicales ou une arthroscopie?

oui

non

Si oui, précisez:

OPERATION	MOMENT
P.ex. : Opération ménisque droit	±1995

5.21. Avez-vous eu des fractures importantes ou d'autres blessures graves?

oui

non

Si oui, précisez la sorte de la fracture ou blessure, le moment et son traitement:

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

6. Questionnaire psychologique

Antécédents psychologiques:

6.1. Avez-vous déjà souffert de dépression?

- oui non

6.2 Avez-vous déjà souffert de dépendance à l'alcool ou à des drogues?

- oui non

6.3 Avez-vous déjà pensé à vous suicider?

- oui non

6.4 Avez-vous déjà fait une tentative de suicide?

- oui non

6.5 Avez-vous le sentiment d'être quelqu'un de stressé, d'anxieux?

- oui non

Si oui, quels sont les événements/situations qui vous stressent ?

.....

6.6 Avez-vous vécu dans votre vie des événements qui vous ont profondément marqué ? Des situations qui ont été difficiles à surmonter (décès, accident, rupture, divorce...)?

- oui non

Est-ce que cela a eu un impact sur votre alimentation?

- oui non

Si oui, décrivez comment vous mangiez à ce moment-là

.....

6.7. Questions sur motivation

6.7.1. Dans quelle mesure estimez-vous important de pratiquer du sport pour améliorer votre forme physique ?

- Pas du tout important Un peu important Moyennement important Très important

6.7.2. Avez-vous confiance en votre capacité à suivre de ce programme ?

- Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup Tout à fait

6.7.3. Dans quelle mesure estimez-vous important de suivre un régime alimentaire pour améliorer votre forme physique ?

- Pas du tout important Un peu important Moyennement important Très important

Habitudes & comportements alimentaires:

6.8. Profil alimentaire: Décrivez 1 journée typique au niveau alimentaire

Petit déjeuner:

Collation 10h:

Diner:

Collation 16h:

Souper:

Collation soir:

6.9. Mangez-vous souvent à l'extérieur?

oui non

6.10. Qui fait les courses chez vous?

.....

6.11. Qui prépare la cuisine à la maison?

.....

6.12. Mangez-vous à table?

jamais parfois souvent toujours

6.13. Mangez-vous seul, en famille ou avec des amis?

.....

6.14. Comment mangez-vous (lentement, rapidement, par petites bouchées)?

.....

6.15. Êtes-vous souvent occupé pendant que vous mangez? (travail, télé, lecture,...)

oui non

6.16. Jetez-vous les aliments quand vous ne les avez pas mangés ?

oui non

6.17. Finissez-vous toujours votre assiette ? Pouvez-vous arrêter de manger une fois que vous avez commencé ? Avez-vous tendance à terminer les paquets ?

oui non

6.18. Avez-vous des fringales pour des aliments sucrés ou salés?

oui non

Si oui, quelles sortes ? Quelle quantité ? Quand ?

.....
.....
6.19. Buvez-vous du café ? Combien de tasses par jour ? Quantité de lait et de sucre ?
.....
.....

6.20. Consommez-vous des boissons sucrées?

oui non

Si oui, quoi?.....Quand?.....En quelle quantité?.....

6.21. Vous arrive-t-il de grignoter entre les repas?

oui non

Si oui, quand? Quoi ? Combien ?.....

6.22. Vous arrive-t-il de grignoter pour diminuer votre mal-être ? Pour vous relaxer ? Pour vous faire du bien? Pour compenser vos difficultés?

oui non

6.23. Vous arrive-t-il de vous lever la nuit pour manger?

jamais parfois toujours

6.24. Prenez-vous du plaisir à manger ? Les repas sont-ils des moments agréables ?

oui non

6.25. Vous sentez-vous parfois coupable après avoir mangé?

oui non

6.26. Êtes-vous plus triste et plus fatigué(e) quand la luminosité diminue, comme dans les mois d'octobre, novembre? Avez-vous à ce moment tendance à manger plus?

oui non

6.27. Passez-vous beaucoup de temps entre les repas à penser à la nourriture, à manger ou aux calories?

oui non

6.28. A table, je prends délibérément de petites parts comme moyen de contrôler mon poids.

Complètement faux Assez faux Assez vrai Entièrement vrai

6.29. Quand je me sens anxieux(se), je me surprends à manger.

Complètement faux Assez faux Assez vrai Entièrement vrai

6.30. Parfois, lorsque je commence à manger, j'ai l'impression que je ne vais pas pouvoir m'arrêter.

Complètement faux Assez faux Assez vrai Entièrement vrai

6.31. Quand j'ai le cafard, il m'arrive souvent de manger trop.

- Complètement faux Assez faux Assez vrai Entièrement vrai
- 6.32. J'évite de manger certains aliments car ils me font grossir.**
 Complètement faux Assez faux Assez vrai Entièrement vrai
- 6.33. Lorsque je suis avec quelqu'un qui mange, cela me donne souvent assez faim pour manger aussi.**
 Complètement faux Assez faux Assez vrai Entièrement vrai
- 6.34. Quand je me sens tendu ou crispé, je ressens souvent le besoin de manger.**
 Complètement faux Assez faux Assez vrai Entièrement vrai
- 6.35. J'ai si faim que j'ai souvent l'impression que mon estomac est un puits sans fonds.**
 Complètement faux Assez faux Assez vrai Entièrement vrai
- 6.36. Comme j'ai toujours faim, il m'est difficile d'arrêter de manger avant d'avoir terminé mon assiette.**
 Complètement faux Assez faux Assez vrai Entièrement vrai
- 6.37. Lorsque je me sens seul(e), je me console en mangeant.**
 Complètement faux Assez faux Assez vrai Entièrement vrai
- 6.38. A table, je me retiens volontairement de manger pour ne pas prendre de poids.**
 Complètement faux Assez faux Assez vrai Entièrement vrai
- 6.39. Quand je sens une odeur de grillade ou que je vois un morceau de viande juteux, je trouve très difficile de me retenir de manger même si je viens de terminer un repas.**
 Complètement faux Assez faux Assez vrai Entièrement vrai
- 6.40. J'ai toujours assez faim pour manger à n'importe quelle heure.**
 Complètement faux Assez faux Assez vrai Entièrement vrai
- 6.41. Si je me sens nerveux(se), j'essaie de me calmer en mangeant.**
 Complètement faux Assez faux Assez vrai Entièrement vrai
- 6.42. La vue d'un aliment appétissant me donne souvent tellement faim que je suis obligé de manger tout de suite.**
 Complètement faux Assez faux Assez vrai Entièrement vrai
- 6.43. Quand je me sens déprimé, je veux manger.**
 Complètement faux Assez faux Assez vrai Entièrement vrai
- 6.44. Vous arrive-t-il d'éviter de « faire des provisions » d'aliments qui vous tentent?**
 Jamais ou presque Rarement Souvent Presque toujours
- 6.45. Avez-vous tendance à manger volontairement moins que vous n'en avez envie?**
 Pas du tout Un peu Modérément Fortement
- 6.46. Vous arrive-t-il de vous « empiffrer » bien que vous n'ayez pas faim?**

Jamais Rarement Parfois ≥ 1 fois/semaine

6.47. A quels moments avez-vous une sensation de faim?

- Uniquement à l'heure des repas
- Parfois entre les repas
- Souvent entre les repas
- Presque tout le temps

6.48. Comment savez-vous que vous avez faim ? Quelles sont les sensations corporelles liées à la faim ?

.....

.....

6.49. Comment savez-vous que vous êtes rassasié ? Quelles sont les sensations corporelles liées à la satiété ?

.....

.....

6.50. Qu'est-ce qu'une envie pour vous ? De quoi avez-vous souvent envie ?

.....

6.51. Sur une échelle allant de 1 à 8, où:

1 signifie « pas de restriction du tout sur l'alimentation » (c'est-à-dire que vous mangez ce que vous voulez, quand vous voulez)

8 signifie « une restriction importante » (c'est-à-dire que vous limitez en permanence la prise alimentaire sans jamais craquer)

Quel chiffre vous donnez-vous? Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre cas.

1 2 3 4 5 6 7 8

6.52. Avez-vous actuellement des comportements compensatoires à l'absorption de nourriture?

- oui non

Si oui, que faites-vous?

- vomir
- prendre des laxatifs
- prendre des diurétiques
- faire des lavements
- jeûner complètement
- faire des exercices physiques très intensifs
- autre

6.53. Avez-vous eu cette attitude auparavant?

- oui non

6.54. Quelles sont d'après vous vos plus mauvaises habitudes alimentaires?

.....

.....

D'après vous, que faudrait-il que vous changiez pour maigrir?

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

6.55. Sur une échelle de 0 (pas du tout) à 10 (tout à fait), dans quelle mesure vous sentez-vous prêt à modifier vos habitudes alimentaires ?/10.

Ma vision de moi-même

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous.

6.56. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.

- Tout à fait en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Tout à fait en accord

6.57. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.

- Tout à fait en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Tout à fait en accord

6.58. Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e).

- Tout à fait en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Tout à fait en accord

6.59. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.

- Tout à fait en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Tout à fait en accord

6.60. Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.

- Tout à fait en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Tout à fait en accord

6.61. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.

- Tout à fait en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Tout à fait en accord

6.62. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.

- Tout à fait en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Tout à fait en accord

6.63. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.

- Tout à fait en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Tout à fait en accord

6.64. Parfois je me sens vraiment inutile.

- Tout à fait en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Tout à fait en accord

6.65. Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien.

Tout à fait en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Tout à fait en accord

Déclaration:

Je déclare sur l'honneur avoir complété le plus honnêtement possible ce questionnaire.

Date:

Signature: