

Nom du preneur	Prénom du preneur
N° de proposition ou de contrat	

1 IDENTIFICATION DES ENFANTS DE L'AVENANT DE MALADIES GRAVES POUR ENFANTS

Les enfants doivent être ceux de la personne assurée, et ce, en vertu de leur acte de naissance ou par adoption légale. Tous les enfants de moins de 18 ans de la personne assurée doivent être identifiés. Lorsqu'il y a plus de 4 enfants, utiliser autant de questionnaires supplémentaires que nécessaire.

	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance		
				Année	Mois	Jour
Enfant 1	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _ _	_	_
Enfant 2	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _ _	_	_
Enfant 3	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _ _	_	_
Enfant 4	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _ _	_	_

2 CAPITAL ASSURÉ

Capital assuré : _____ \$ Le capital assuré doit être le même pour tous les enfants.

3 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

3.1 AUTRES ASSURANCES EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE

ENFANT 1

L'enfant détient-il présentement un contrat d'assurance vie (VIE) ou d'assurance maladies graves (MG) ou l'enfant a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

VIE	MG	Capital assuré	Décès accidentel	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)			Est-ce que l'assurance demandée remplacera ce contrat d'assurance?
					Année	Mois	À l'étude	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_ _ _	_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_ _ _	_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ENFANT 2

L'enfant détient-il présentement un contrat d'assurance vie (VIE) ou d'assurance maladies graves (MG) ou l'enfant a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

VIE	MG	Capital assuré	Décès accidentel	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)			Est-ce que l'assurance demandée remplacera ce contrat d'assurance?
					Année	Mois	À l'étude	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_ _ _	_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_ _ _	_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (suite)

3.1 AUTRES ASSURANCES EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE (suite)

ENFANT 3

L'enfant détient-il présentement un contrat d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) ou l'enfant a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

VIE	MG	Capital assuré	Décès accidentel	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)			À l'étude	Est-ce que l'assurance demandée remplacera ce contrat d'assurance?
					Année	Mois			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ENFANT 4

L'enfant détient-il présentement un contrat d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) ou l'enfant a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

VIE	MG	Capital assuré	Décès accidentel	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)			À l'étude	Est-ce que l'assurance demandée remplacera ce contrat d'assurance?
					Année	Mois			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3.2 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

ENFANT 1

L'enfant a-t-il déjà eu une proposition d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	Nom de la compagnie	Décision	Raison
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

ENFANT 2

L'enfant a-t-il déjà eu une proposition d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	Nom de la compagnie	Décision	Raison
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

ENFANT 3

L'enfant a-t-il déjà eu une proposition d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	Nom de la compagnie	Décision	Raison
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

3 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (suite)

3.2 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE (suite)

ENFANT 4

L'enfant a-t-il déjà eu une proposition d'assurance vie (VIE) ou d'assurance maladies graves (MG) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	Nom de la compagnie	Décision	Raison
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

3.3 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX MEMBRES DE LA FAMILLE DE L'ENFANT

3.3.1 Frères et sœurs de l'enfant

L'enfant a-t-il des frères et sœurs?

Si oui, combien?

ENFANT 1		ENFANT 2		ENFANT 3		ENFANT 4	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3.2 Antécédents d'assurance des membres de la famille de l'enfant

Inscrire ci-dessous toute assurance vie (VIE), maladies graves (MG) ou invalidité (AI) en vigueur ou à l'étude sur la vie des parents, des frères et sœurs.

ENFANT 1

Nom du membre de la famille de l'enfant	Lien de parenté avec l'enfant	VIE	MG	AI	Capital assuré	Nom de la compagnie	Année d'émission	À l'étude
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	_____	<input type="checkbox"/>

ENFANT 2

Nom du membre de la famille de l'enfant	Lien de parenté avec l'enfant	VIE	MG	AI	Capital assuré	Nom de la compagnie	Année d'émission	À l'étude
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	_____	<input type="checkbox"/>

ENFANT 3

Nom du membre de la famille de l'enfant	Lien de parenté avec l'enfant	VIE	MG	AI	Capital assuré	Nom de la compagnie	Année d'émission	À l'étude
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	_____	<input type="checkbox"/>

ENFANT 4

Nom du membre de la famille de l'enfant	Lien de parenté avec l'enfant	VIE	MG	AI	Capital assuré	Nom de la compagnie	Année d'émission	À l'étude
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	_____	<input type="checkbox"/>

3 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (suite)

3.4 USAGE DE TABAC

Au cours des 12 derniers mois, l'enfant a-t-il fumé la cigarette, la cigarillo, le cigare, la pipe, la pipe à eau, la chicha ou fait usage de noix de bétel, de tabac à priser, de marijuana (cannabis), contenant tout produit de tabac ou de la nicotine, ou fait usage de toute autre forme de tabac, ou d'un substitut tel que la gomme, le timbre cutané (*patch*) ou la cigarette électronique?

ENFANT 1

Oui Non **Si oui :**

Type	Quantité	Fréquence
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si l'enfant a cessé de fumer dans les 12 derniers mois, indiquer la date de cessation: _____

Année Mois

ENFANT 2

Oui Non **Si oui :**

Type	Quantité	Fréquence
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si l'enfant a cessé de fumer dans les 12 derniers mois, indiquer la date de cessation: _____

Année Mois

ENFANT 3

Oui Non **Si oui :**

Type	Quantité	Fréquence
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si l'enfant a cessé de fumer dans les 12 derniers mois, indiquer la date de cessation: _____

Année Mois

ENFANT 4

Oui Non **Si oui :**

Type	Quantité	Fréquence
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si l'enfant a cessé de fumer dans les 12 derniers mois, indiquer la date de cessation: _____

Année Mois

Répondre à toutes les questions en cochant OUI ou NON. Pour chaque réponse affirmative, fournir des précisions à la section 4.2 « Renseignements supplémentaires », ou remplir le questionnaire demandé.

3.5 BOISSONS ALCOOLIQUES

L'enfant consomme-t-il des boissons alcooliques? **Si oui**, indiquer la quantité hebdomadaire actuelle (nombre de verres de bière, vin ou spiritueux).

ENFANT 1		ENFANT 2		ENFANT 3		ENFANT 4	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.6 USAGE DE DROGUES OU D'OPIACÉS

L'enfant fait-il ou a-t-il fait usage de drogues ou d'opiacés, de stupéfiants tels que marijuana (cannabis), cocaïne, LSD, barbituriques, amphétamines ou autres substances similaires? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à l'usage de drogues ou d'opiacés (IND021F)**.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3.7 CONDUITE AUTOMOBILE

- 3.7.1** L'enfant a-t-il déjà été accusé ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à la conduite automobile (IND020F)**.
- 3.7.2** Le permis de conduire de l'enfant a-t-il déjà été suspendu ou révoqué? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à la conduite automobile (IND020F)**.
- 3.7.3** L'enfant a-t-il déjà été reconnu coupable d'une ou de plusieurs infractions au code de la route? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à la conduite automobile (IND020F)**.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.8 DOSSIER CRIMINEL

L'enfant a-t-il déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle quelconque? **Si oui**, préciser pour chacune des infractions, la nature, la date, la sentence et la probation.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3.9 ENVOLÉES AÉRIENNES

L'enfant a-t-il l'intention de faire ou a-t-il fait au cours des 2 dernières années des envolées aériennes autrement que comme passager? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à l'aviation (IND024F)**.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (suite)

	ENFANT 1		ENFANT 2		ENFANT 3		ENFANT 4	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
3.10 SPORTS HASARDEUX L'enfant a-t-il l'intention de faire ou a-t-il fait au cours des 2 dernières années de l'alpinisme, des courses de véhicules motorisés, du deltaplane, du parachutisme, de la plongée sous-marine ou toute autre activité ou sport hasardeux ? Si oui , remplir le questionnaire approprié.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11 VOYAGE OU RÉSIDENCE À L'ÉTRANGER								
3.11.1 Au cours des 2 dernières années, l'enfant a-t-il voyagé ou résidé hors du Canada ou des États-Unis ? Si oui , préciser l'endroit et la durée du séjour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11.2 Au cours des 2 prochaines années, l'enfant a-t-il l'intention de voyager ou de résider hors du Canada ou des États-Unis ? Si oui , préciser l'endroit et la durée du séjour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

4.1 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Répondre à toutes les questions en cochant OUI ou NON. Pour chaque réponse affirmative:
 – Encercler la maladie, l'affection ou la situation concernée.
 – Fournir des précisions à la section 4.2 « Renseignements supplémentaires » ou remplir le questionnaire demandé.

	ENFANT 1		ENFANT 2		ENFANT 3		ENFANT 4	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
4.1.1 L'enfant a-t-il déjà consulté un médecin ou eu un diagnostic ou a-t-il déjà présenté des signes ou des symptômes concernant ce qui suit :								
a) Malformation cardiaque ou autre anomalie congénitale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Paralysie cérébrale, sclérose latérale amyotrophique, dystrophie musculaire, fibrose kystique ou retard du développement physique ou mental ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.2 L'enfant est-il âgé de moins de 1 an ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui , est-il né plus de 4 semaines avant terme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.3 L'enfant a-t-il déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptômes pour l'une ou l'autre des maladies énumérées ci-dessous ?								
a) SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE : Tension artérielle élevée, taux de cholestérol ou de triglycérides élevé, douleurs à la poitrine, palpitations, rythme cardiaque irrégulier, souffle au cœur, rhumatisme articulaire aigu, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, anévrisme ou autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) SYSTÈME RESPIRATOIRE : Asthme, emphysème, essoufflement, bronchite chronique, apnée du sommeil, autre trouble respiratoire ou pulmonaire ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles respiratoires (IND014F) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL :								
c1. Hépatite, cirrhose du foie, pancréatite ou trouble du foie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c2. Colite ulcéreuse, maladie de Crohn, hémorragie, trouble de l'œsophage, de l'estomac, de la vésicule biliaire ou des intestins ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux maladies intestinales (IND018F) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE : Anomalies dans l'urine, trouble des reins, de la vessie, de la prostate, des organes génitaux, maladies sexuellement transmissibles ou Pap test anormal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) SYSTÈME ENDOCRINIEN :								
e1. Trouble de la thyroïde ou autre affection glandulaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e2. Diabète ? Si oui , remplir le questionnaire relatif au diabète (IND015F) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite)

4.1 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (suite)

4.1.3 f) SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE :

f1. Douleur ou trouble du dos ou du cou ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif aux troubles du dos ou du cou (IND013F)**.

f2. Arthrite, goutte, bursite, tendinite, entorse ou autre trouble des muscles, des ligaments, des os ou des articulations ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif aux troubles musculo-squelettiques (IND012F)**.

g) SYSTÈME NERVEUX :

g1. Épilepsie ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à l'épilepsie (IND134F)**.

g2. Paralyse, sclérose en plaques, coma, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, étourdissements, pertes d'équilibre, névrite optique, vue brouillée, engourdissements, fourmillements ou tout autre trouble neurologique ?

h) SANTÉ MENTALE : Trouble du déficit de l'attention, autisme, dépression, trouble d'adaptation, anxiété, fatigue/surmenage ou tout autre trouble psychologique, psychiatrique ou mental ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif aux troubles psychologiques (IND017F)**.

i) SYSTÈME IMMUNITAIRE : Lupus, parasida (ARS), SIDA ou test permettant de vérifier la possibilité d'une exposition au SIDA ou au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ou tout autre trouble du système immunitaire ?

j) GÉNÉRAL :

j1. Anémie ou autre maladie du sang, leucémie, trouble des ganglions, cancer, tumeur, kyste, polype, nodule, maladie ou lésion de la peau, affection des yeux, des oreilles, des seins incluant masses ?

j2. Autre désordre physique ou mental non mentionné à la question 4.1.3 a) à j1 ?

4.1.4 L'enfant a-t-il déjà reçu un traitement ou lui a-t-on conseillé de suivre un traitement ou de consulter un médecin concernant sa consommation de drogue ou d'alcool ?

4.1.5 Au cours des 5 dernières années,

a) L'enfant a-t-il passé un électrocardiogramme, une radiographie, une tomographie (CT scan), une imagerie par résonance magnétique (IRM), des tests sanguins, des examens de contrôle, de dépistage ou des tests diagnostiques ?

b) L'enfant a-t-il été admis comme patient dans un hôpital ou une clinique ?

4.1.6 Au cours des 5 dernières années, l'enfant a-t-il été invalide ou absent du travail ou de l'école pour une période de 4 semaines consécutives ou plus en raison de maladie ou de blessure ?

4.1.7 Au cours des 2 dernières années, l'enfant a-t-il subi une mammographie ou une échographie des seins ?

4.1.8 L'enfant a-t-il déjà consulté ou lui a-t-on conseillé de consulter un médecin ou un spécialiste ou de suivre un traitement à la suite d'une anomalie découverte lors d'une échographie, d'une biopsie ou d'une mammographie ?

4.1.9 L'enfant prend-il des médicaments ? **Si oui**, préciser lesquels.

4.1.10 L'enfant présente-t-il des symptômes ou des signes pour lesquels il n'a pas encore consulté ?

4.1.11 L'enfant doit-il consulter un médecin ou un spécialiste, suivre un traitement, subir une opération, des examens de contrôle ou des tests diagnostiques qui n'ont pas encore été effectués ?

4.1.12 L'enfant a-t-elle déjà eu des complications durant une grossesse ou au moment d'un accouchement ? (diabète gestationnel, prééclampsie, césarienne, dépression post-partum, etc.).

4.1.13 L'enfant est-elle enceinte ? **Si oui**, préciser la date prévue de l'accouchement.

	ENFANT 1		ENFANT 2		ENFANT 3		ENFANT 4	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
f1. Douleur ou trouble du dos ou du cou ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles du dos ou du cou (IND013F) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f2. Arthrite, goutte, bursite, tendinite, entorse ou autre trouble des muscles, des ligaments, des os ou des articulations ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles musculo-squelettiques (IND012F) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g1. Épilepsie ? Si oui , remplir le questionnaire relatif à l'épilepsie (IND134F) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g2. Paralyse, sclérose en plaques, coma, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, étourdissements, pertes d'équilibre, névrite optique, vue brouillée, engourdissements, fourmillements ou tout autre trouble neurologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) SANTÉ MENTALE : Trouble du déficit de l'attention, autisme, dépression, trouble d'adaptation, anxiété, fatigue/surmenage ou tout autre trouble psychologique, psychiatrique ou mental ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles psychologiques (IND017F) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) SYSTÈME IMMUNITAIRE : Lupus, parasida (ARS), SIDA ou test permettant de vérifier la possibilité d'une exposition au SIDA ou au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ou tout autre trouble du système immunitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j1. Anémie ou autre maladie du sang, leucémie, trouble des ganglions, cancer, tumeur, kyste, polype, nodule, maladie ou lésion de la peau, affection des yeux, des oreilles, des seins incluant masses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j2. Autre désordre physique ou mental non mentionné à la question 4.1.3 a) à j1 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.4 L'enfant a-t-il déjà reçu un traitement ou lui a-t-on conseillé de suivre un traitement ou de consulter un médecin concernant sa consommation de drogue ou d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.5 Au cours des 5 dernières années,								
a) L'enfant a-t-il passé un électrocardiogramme, une radiographie, une tomographie (CT scan), une imagerie par résonance magnétique (IRM), des tests sanguins, des examens de contrôle, de dépistage ou des tests diagnostiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) L'enfant a-t-il été admis comme patient dans un hôpital ou une clinique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.6 Au cours des 5 dernières années, l'enfant a-t-il été invalide ou absent du travail ou de l'école pour une période de 4 semaines consécutives ou plus en raison de maladie ou de blessure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.7 Au cours des 2 dernières années, l'enfant a-t-il subi une mammographie ou une échographie des seins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.8 L'enfant a-t-il déjà consulté ou lui a-t-on conseillé de consulter un médecin ou un spécialiste ou de suivre un traitement à la suite d'une anomalie découverte lors d'une échographie, d'une biopsie ou d'une mammographie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.9 L'enfant prend-il des médicaments ? Si oui , préciser lesquels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.10 L'enfant présente-t-il des symptômes ou des signes pour lesquels il n'a pas encore consulté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.11 L'enfant doit-il consulter un médecin ou un spécialiste, suivre un traitement, subir une opération, des examens de contrôle ou des tests diagnostiques qui n'ont pas encore été effectués ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.12 L'enfant a-t-elle déjà eu des complications durant une grossesse ou au moment d'un accouchement ? (diabète gestationnel, prééclampsie, césarienne, dépression post-partum, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.13 L'enfant est-elle enceinte ? Si oui , préciser la date prévue de l'accouchement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite)

4.2 RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire datée et dûment signée.

Question n° Nom de l'enfant

Diagnostic, date du diagnostic, dates des consultations, raisons, résultats, hospitalisations, chirurgies, noms et adresses des médecins ou hôpitaux consultés ou tout autre renseignement

4.3 TAILLE ET POIDS

ENFANT 1

Taille: _____ cm pi/po Poids: _____ kg lb

Au cours des 12 derniers mois, le poids de l'enfant a-t-il diminué de 4,5 kg (10 lb) ou plus? Oui Non

Si oui, quel est le poids perdu? _____ kg lb

Raison de la perte de poids: _____

ENFANT 3

Taille: _____ cm pi/po Poids: _____ kg lb

Au cours des 12 derniers mois, le poids de l'enfant a-t-il diminué de 4,5 kg (10 lb) ou plus? Oui Non

Si oui, quel est le poids perdu? _____ kg lb

Raison de la perte de poids: _____

ENFANT 2

Taille: _____ cm pi/po Poids: _____ kg lb

Au cours des 12 derniers mois, le poids de l'enfant a-t-il diminué de 4,5 kg (10 lb) ou plus? Oui Non

Si oui, quel est le poids perdu? _____ kg lb

Raison de la perte de poids: _____

ENFANT 4

Taille: _____ cm pi/po Poids: _____ kg lb

Au cours des 12 derniers mois, le poids de l'enfant a-t-il diminué de 4,5 kg (10 lb) ou plus? Oui Non

Si oui, quel est le poids perdu? _____ kg lb

Raison de la perte de poids: _____

4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite)

4.4 MÉDECINS

4.4.1 Médecin personnel

ENFANT 1

Nom du médecin personnel

Adresse Ind. rég. Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation Année Mois Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

ENFANT 3

Nom du médecin personnel

Adresse Ind. rég. Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation Année Mois Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

4.4.2 Dernier médecin consulté

ENFANT 1

Nom du dernier médecin consulté, si différent

Adresse Ind. rég. Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation Année Mois Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

ENFANT 3

Nom du dernier médecin consulté, si différent

Adresse Ind. rég. Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation Année Mois Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

ENFANT 2

Nom du médecin personnel

Adresse Ind. rég. Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation Année Mois Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

ENFANT 4

Nom du médecin personnel

Adresse Ind. rég. Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation Année Mois Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

ENFANT 2

Nom du dernier médecin consulté, si différent

Adresse Ind. rég. Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation Année Mois Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

ENFANT 4

Nom du dernier médecin consulté, si différent

Adresse Ind. rég. Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation Année Mois Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite)

4.5 ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Est-ce qu'un des membres de la famille (vivant ou décédé) de l'enfant, soit père, mère, frère et sœur, a déjà souffert de maladie cardiaque ou vasculaire, d'hypertension artérielle, de traumatisme vasculaire cérébral, cancer, diabète, maladie polykystique des reins, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique ou de toute autre maladie héréditaire? **Si oui**, fournir les renseignements requis ci-dessous.

ENFANT 1		ENFANT 2		ENFANT 3		ENFANT 4	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom de l'enfant	Lien de parenté avec l'enfant	Nom de la maladie (s'il s'agit de cancer, préciser lequel)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès	Cause du décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

5 DÉCLARATION ET SIGNATURES


Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce questionnaire sont complètes et véridiques.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU PRENEUR

 _____
Signature du preneur

SIGNATURE DU TUTEUR LÉGAL S'IL N'EST PAS LE PRENEUR

 _____
Signature du tuteur légal s'il n'est pas le preneur

_____ Nom du tuteur légal s'il n'est pas le preneur (en caractères d'imprimerie)

SIGNATURE DU CONSEILLER

 _____
Signature du conseiller