



**FORMULAIRE DE RECENSEMENT DES AGENTS TECHNIQUES DES EAUX ET FORÊTS
AYANT DES AFFECTIONS CHRONIQUES**

NOM :

PRÉNOMS :

ÂGE :

SEXE :

MATRICULE DE LA FONCTION PUBLIQUE :

NUMÉRO DE LA CARTE DU FPEF :

TÉLÉPHONE :

MÉDICATION PRISE

☐ HTA (Hypertension) :

☐ DIABÈTE :

☐ TUBERCULOSE :

☐ VIH SIDA :

☐ CANCER (à préciser) :

☐ HÉPATITE (à préciser) :

☐ MALADIE AUTO-IMMUNE :

☐ DRÉPANOCYTOSE :

AUTRES, A PRÉCISER :

Veuillez transmettre ces informations dûment remplies au médecin conseil
du FPEF au contact suivant :

MÉDECINS CONSEILS

Téléphone : 01 01 79 88 13 / 01 01 79 88 14 / 01 01 79 92 07

Signature

Signature précédée de la mention « certifié sincère »