



QUESTIONNAIRE DU PARTICIPANT

NOMS:

PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE:

LIEU DE NAISSANCE:

ADRESSE:

TÉLÉPHONE FIXE:

PORTABLE:

COURRIER ÉLECTRONIQUE:

PERSONNE À CONTACTER EN ESPAGNE EN CAS D'URGENCE:

TÉLÉPHONE EN CAS D'URGENCE:

LYCÉE D'ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL:

VILLE:

DÉPARTEMENT:

DIPLÔME PROFESSIONNEL:

À QUEL PAYS VOUDRIEZ-VOUS ALLER DE PRÉFÉRENCE?

1. _____
2. _____
3. _____

5. Souffrez-vous d'allergies?

Oui Non
Lesquelles? _____

6. Avez-vous des problèmes de santé?

Oui Non
Lesquels? _____

7. Suivez-vous en ce moment des traitements?

Oui Non
Lesquelles? _____

8. Supportez-vous les animaux domestiques à la maison?

Oui Non

9. Etes vous végétarien?

Oui Non

10. Avez-vous des particularités à faire remarquer? Veuillez spécifier.

11. Observations: