

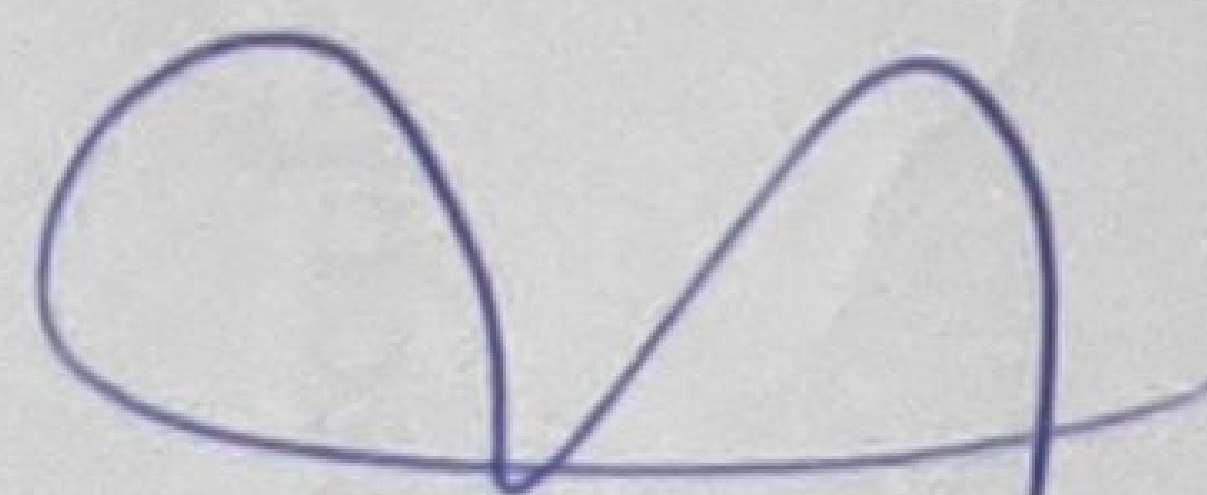
Tunis, le 24/08/2023

ATTESTATION DE REVENU

Je soussigné(e) Dr IMEN JEBALI EP SASSI titulaire de la CIN 07888267, vient par la présente déclarer sur l'honneur disposer d'un revenu mensuel net de TND 5000.

Je vous prie de prendre ce revenu comme référence dans le cadre de ma demande de crédit en cours auprès de la BIAT.

Signature



Vu pour La Legalisation de Signature de
Jebali Imen
Qui a (ont) justifié de son (leur) identité ci-dessus indiquée
N° d'inscription au Registre de Législation de l'opérateur
Somme perçue : 5000 TND
N° et date de quittance : 2214 11
El Mourouj, le 25 AOUT 2023
Signature
Président de la Commune

Chef Service de l'état civil

AYARI Ahlem

<p>Ortes ? Troubles de la vue ?</p> <p>Rhumatisme ou autres maladies ostéo-articulaires ?</p> <p>Anémie ? Hémorragies diverses ?</p> <p>Maladie sexuelle (chancres, syphilis, gonococcie) ?</p> <p>Toute autre maladie que celles mentionnées ? (en particulier maladies exotiques)</p> <p>Pendons d'invalidité pour maladie (quand, pourquoi, taux) ?</p>	<p>RM RM RM</p> <p>RM RM</p> <p>RM RM</p> <p>RM RM</p> <p>RM RM</p>
<p>B- Interventions chirurgicales ? Quand ? Pourquoi ? Résultats ?</p>	<p>RM RM</p>
<p>C- Accidents graves ? Quand ? Suites ? Pendons d'invalidité (date, motif, taux) ?</p>	<p>RM RM</p>
<p>D- Séjours dans hôpital, maison de santé, sanatorium, station thermale (où, quand, pourquoi) ?</p>	<p>RM RM</p>
<p>E- Traitements suivis : Quand ? Pourquoi ?</p> <p>Examens spéciaux (électrocardiogrammes, radioscopies, radiographies, examens du sang, examens des urines) ? Quand ? Pourquoi ? Résultats ? Connaissez-vous votre tension artérielle ?</p>	<p>RM RM</p> <p>RM RM</p> <p>RM RM</p>
<p>F- Vous sentez-vous en bonne santé ?</p> <p>Avez-vous consulté un médecin récemment ? pourquoi ?</p> <p>Variations du poids dans les dernières années ?</p> <p>Habitudes alimentaires : Consommation quotidienne (vin, bière, autres boissons, cigarettes) ?</p>	<p>RM RM</p> <p>RM RM</p> <p>RM RM</p>
<p>5° Questions spéciales aux femmes :</p> <p>durée des cycles ? Pertes de sang entre les règles ?</p> <p>Maladies de l'utérus ou des ovaires ?</p> <p>Nombre de grossesses ?</p> <p>Accouchement à terme ? normaux ou compliqués ?</p> <p>Etes-vous enceinte ? de combien ?</p> <p>modification des seins ?</p>	<p>RM RM</p> <p>RM RM</p> <p>RM RM</p> <p>RM RM</p>
<p>6° Avez-vous fait ou a-t-il été fait sur votre tête des propositions d'assurances refusées, ajournées, restées sans suite, acceptées à tarifs normal ou majorés ou avec réduction de durée ?</p> <p>Quand ? Quelles compagnies ?</p> <p>Avez-vous d'autres déclarations à faire concernant votre santé ?</p>	<p>RM RM</p> <p>RM RM</p> <p>RM RM</p>
<p>Je soussigné, Dr <u>Bou Bou</u></p> <p>certifie que la signature de M. <u>J. Sahi' Imu</u> (1)</p> <p>a été apposée en ma présence</p> <p>Signature du médecin examinateur</p> <p><u>[Signature]</u></p>	<p>Je soussigné, M. <u>Bou Bou</u></p> <p>demeurant <u>EL R</u></p> <p>certifie l'exactitude des déclarations ci-dessus</p> <p>A <u>24 AOÛT 2023</u> le</p> <p>Signature de la personne à assurer</p> <p><u>[Signature]</u></p>
<p>(1) Si vous ne connaissez pas le proposant, indiquez comment il a justifié son identité</p>	

EXAMEN MEDICAL DU PROPOSANT

(Répondez à toutes les questions avec précisions. Au besoin, ajoutez un feuillet)

Etes-vous le médecin habituel du proposant ?

<p>1° Aspect général : Teint ? Paraît-il son âge ? Etat de la peau ? Eruption ? Cicatrices Signes d'alcoolisme avéré ou présumé. Musculature ? Maigre ? Obésité ?</p>	<p>mm mm mm mm</p>
<p>Taille (chaussé ou non) : 1 m 72 Poids (vêtu ou non) : 52 (mesurés ou évalués) Périmètre thoracique : En inspiration 84 En expiration : 84 Périmètre à l'omavic 84</p>	
<p>2° Systeme nerveux : Troubles de la parole ? Troubles de l'équilibre ? Tremblement ? Troubles de la marche ? Paralyse ? Réflexes rotuliens et achilléens ? Etat des pupilles ? Réflexes pupillaires ? Fonctions intellectuelles, mémoires, psychisme ? En cas de traumatisme crânien ou de trépanation, préciser les séquelles (céphalées, vertiges, crises ou équivalents comitiaux et l'état de la brèche.</p>	<p>mm mm mm mm mm mm mm mm</p>
<p>3° Organes de sens : Troubles oculaire ? Baisse de l'ocuité visuelle, corrigée ou non ? Altération du champ visuel ? Troubles auditifs ? Acuité ? Vertiges ? Bourdonnements ? Otorrhée ? Tarie depuis quand ?</p>	<p>mm mm mm mm mm</p>
<p>4° Apprell respiratoire : Troubles fonctionnels (voix, dyspnée, toux, crachats, hémoptysie) ? Conformation générale du thorax : Examen clinique : Examen radioscopique :</p>	<p>mm mm mm mm mm</p>
<p>5° Appareil circulatoire : Troubles fonctionnels (dyspnée, palpitations, douleurs, syncopes) ? Examen clinique du coeur (préciser les caractères des bruits anormaux) Fréquence du pouls ? Anythmie ?</p>	<p>mm mm mm mm</p>

NOTE D'HONORAIRES