

INFORMATION

Date : / /

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel- : _____ Port- : _____

Mail : _____

PROBLEMES RENCONTRES : (mettre une croix)

- Mme _ / Mr _ Maux de tête : ___
- Mme _ / Mr _ Stress : ___
- Mme _ / Mr _ Troubles du sommeil : ___
- Mme _ / Mr _ Fatigue : ___
- Mme _ / Mr _ Nervosité et irritabilité : ___
- Mme _ / Mr _ Troubles de la concentration et de la mémoire : ___
- Mme _ / Mr _ Affaiblissement des défenses immunitaires : ___
- Mme _ / Mr _ Autres troubles : _____

ENVIRONNEMENT : (mettre 0, 1, 2 etc-)

- Transformateur ___ ; poteau élec-/H.T. ___ (fin de ligne).
- Mise à la terre ___ ; compteur électrique ___.
- Compteur d'eau ___ ; forage ___ ; puits ___ ; source d'eau ___.
- Panneaux solaires photovoltaïques ___.
- Chauffage électrique ___ ; géothermique ___.
- Console de jeux ___ ; TV ___ ; radio réveil ___ ; tel- sans fil ___.
- Wifi ___ ; ordinateur portable ___ ; fixe ___ ; Bluetooth ___ ;
CPL ___ ; (courant porteur en ligne/ plug-in)
- Antenne relais : téléphonie ___ ; pompiers ___ ; à ___ mètres.
- Eoliennes ___ ; radar d'aviation ___.
- Autres _____