

**NOM****Prénom****Date de naissance****Avez-vous déjà 1 ou des enfants :****Adresse****Tel : GSM :****Mail :****Nom du gynécologue****Tel :****Date de votre accouchement****âge de la grossesse au début des cours****Lieu de votre accouchement****Antécédents chirurgicaux / médicaux / Gynécologiques****Déroulement de votre grossesse****Mettez vous la tête dans l'eau****portez vous des lentilles**