
Bonjour,

Je dois vous poser quelques questions afin de pouvoir évaluer vos besoins ou ceux d'un membre de votre famille.

French

Hello.

There are some questions I need to ask to help plan care for you or your family member.

Je vais vous montrer chaque question à l'écrit. Vous aurez plusieurs choix de réponse pour la plupart de ces questions. Veuillez montrer du doigt la réponse appropriée ou noter une réponse afin que nous puissions évaluer vos besoins. Si vous n'êtes pas certain du sens d'une question ou si vous ne savez pas comment répondre à une question, veuillez montrer du doigt la mention « Incertain(e) ».

French

I have each question written for you. We will give you answer choices for most questions. Please point to the answer or write an answer so we can start to plan your care. If you are not sure about a question or how to answer the question, please point to "Not sure" on the sheet.

Pouvez-vous m'indiquer votre nom ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Can you tell me your name?

No Not sure Yes

Pouvez-vous écrire votre nom sur cette feuille ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Can you write your name on this paper for me?

No Not sure Yes

Êtes-vous venu(e) ici seul(e) ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Did you come here alone?

No Not sure Yes

**Êtes-vous accompagné(e) par des membres de
votre famille ou des amis ?**

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you have other family member or friends with you?

No Not sure Yes

Si oui, pouvez-vous me dire ou écrire leurs noms et leurs âges ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

If yes, can you tell me or write their names and ages?

No Not sure Yes

Des membres de votre famille sont-ils enceintes ?

Non

Incertain

Oui



French

Are any of your family members pregnant?

No Not sure Yes

À votre connaissance, un membre de votre famille a-t-il été hospitalisé ?

Non

Incertain

Oui



French

Has anyone in your family been hospitalized that you know of?

No Not sure Yes

À votre connaissance, un membre de votre famille est-il décédé ?

Non

Incertain

Oui



French

Is anyone in your family deceased that you know of?

No Not sure Yes

Êtes-vous la personne qui a besoin d'aide ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Are you the person that needs help with care?

No Not sure Yes

Si ce n'est pas vous, veuillez écrire le nom de cette personne.

Incertain(e)

French

If not, please write their name.

Not sure

Quel est votre lien avec cette personne ?

- Parent
- Partenaire
- Tuteur légal
- Autre membre de la famille
- Époux/épouse
- Ami ou voisin
- Enfant
- Aucun lien
- Frère ou sœur

French

How are you related to this person?

- Parent
- Partner
- Guardian
- Other family member
- Spouse
- Friend or Neighbor
- Child
- No relationship
- Brother or Sister

Les questions suivantes concernent la personne qui a besoin d'aide. Si vous répondez pour cette personne, veuillez à ce que les réponses concernent bien cette personne.

Par exemple, si vous répondez pour votre enfant et que la question est « âge », veuillez indiquer l'âge de votre enfant, pas le votre.

French

The next questions are about the person who needs care. If you are giving answers for that person, please be sure the answers are about that person.

For example, if you are answering for your child and the question is “age”, you would give the age of your child needing care, not your age.

Âge

Veillez me le dire ou écrivez-le.

Incertain(e)

French

Age

Please tell me or write the number.

Not sure

À quel groupe ethnique appartenez-vous ?

Veillez me le dire ou l'écrire.

Incertain

French

What race are you? Please tell me or write it down.

No Not sure Yes

Adresse

Pouvez-vous m'indiquer l'adresse, me montrer un justificatif de domicile, ou noter l'adresse.

Incertain(e)

French

Address

Please tell me or show me something with the address, or write the address.

Not sure

Avez-vous un problème médical ou de santé en ce moment ?

Non

Incertain(e)

Oui

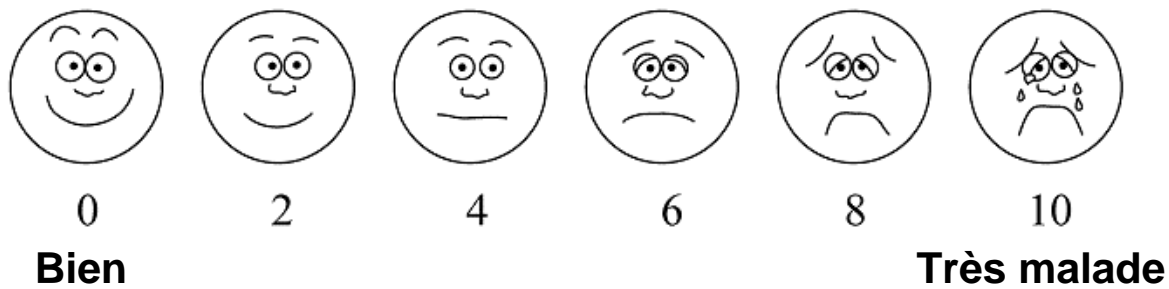


French

Do you have a medical or health concern right now?

No Not sure Yes

Comment vous sentez-vous physiquement ?



Incertain(e)

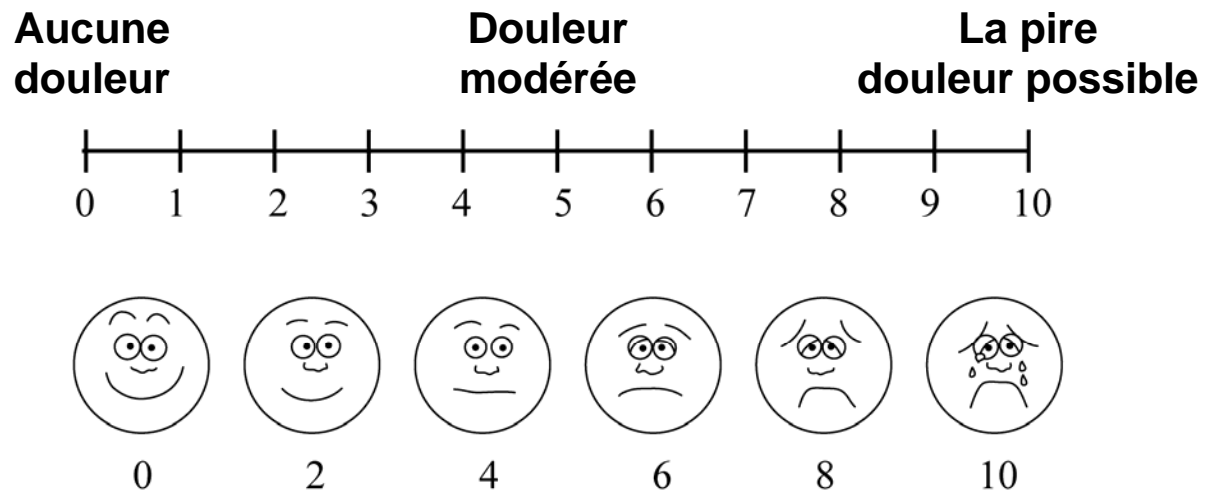
French

How are you feeling physically?

Fine Very Ill

Not Sure

Quel est votre niveau de douleur en ce moment ?



Incertain(e)

French

How much pain are you in right now?

No Pain Moderate Pain Worst Pain

Not Sure

**Pouvez-vous m'indiquer quelle est la partie de
votre corps qui vous fait mal ?**

Non

Incertain(e)

Oui



Si oui, veuillez me la montrer.

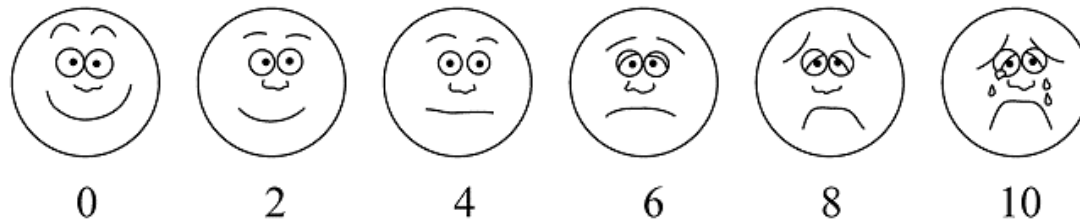
French

Can you point to the part of the body where you have pain?

No Not sure Yes

If yes, please show me.

Certaines personnes souffrent de détresse mentale comme la tristesse, la confusion ou la colère. Quel est votre niveau de détresse mentale en ce moment ?



Aucune

Très importante

Incertain(e)

French

Some people have mental distress such as sadness, confusion or anger. How much mental distress do you have right now?

None

Very Much

Not Sure

Êtes-vous en danger de vous faire du mal ou de faire du mal à quelqu'un d'autre en ce moment ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Are you in danger of hurting yourself or someone else right now?

No Not sure Yes

**Avez-vous besoin de médicaments, d'équipement
ou d'autres objets de la vie de tous les jours ?**

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you need any medicine, equipment or other items for daily living?

No Not sure Yes

Avez-vous besoin de personnel soignant ou avez-vous un assistant personnel ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you need a caregiver or do you have a personal assistant?

No Not sure Yes

**La personne qui s'occupe de vous est-elle ici et
prévoit-elle de rester avec vous ?**

Non

Incertain(e)

Oui



French

Is your caregiver here and planning to stay with you?

No Not sure Yes

Nom de la personne qui s'occupe de vous :

Veillez me dire son nom ou écrivez-le.

Incertain(e)

French

Your caregiver's name:

Please tell me or write the name.

Not Sure

Avez-vous un animal de service ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you have a service animal?

No Not sure Yes

Cet animal de service est-il avec vous ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Is the service animal with you?

No Not sure Yes

S'il n'est pas avec vous, savez-vous où est-il ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

If no, do you know where the animal is?

No Not sure Yes

Bénéficiez-vous d'une aide du Medicare ou Medicaid ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Are you receiving any Medicare or Medicaid benefits?

No Not sure Yes

Avez-vous votre carte sur vous ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you have your card with you?

No Not sure Yes

Êtes-vous allergique à des aliments, des médicaments ou à d'autres choses dans votre entourage ?

Non

Incertain(e)

Oui




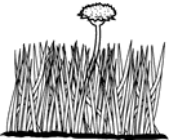
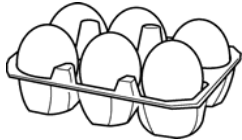
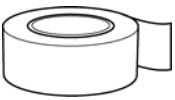
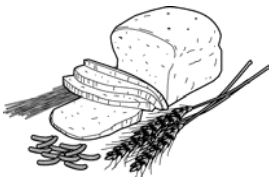


French

Do you have any allergies to foods, medicine or things around you?

No Not sure Yes

Veillez m'indiquer à quoi vous êtes allergique dans cette liste.

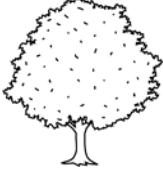
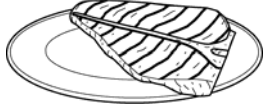

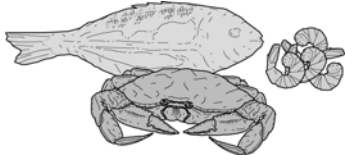
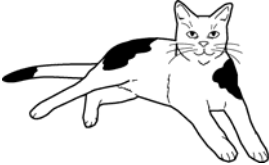

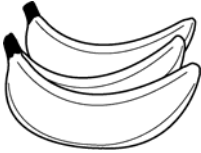
<input type="checkbox"/> Moisissures	<input type="checkbox"/> Noix ou beurre de cacahuète 
<input type="checkbox"/> Latex 	<input type="checkbox"/> Lait 
<input type="checkbox"/> Herbe 	<input type="checkbox"/> Œufs 
<input type="checkbox"/> Ruban adhésif 	<input type="checkbox"/> Blé ou gluten 

French

Tell me what you are allergic to from this list.

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mold | <input type="checkbox"/> Nuts or peanut butter |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Milk |
| <input type="checkbox"/> Grass | <input type="checkbox"/> Eggs |
| <input type="checkbox"/> Tape | <input type="checkbox"/> Wheat or gluten |

Veillez m'indiquer à quoi vous êtes allergique dans cette liste.

<input type="checkbox"/> Pollen des arbres 	<input type="checkbox"/> Viande de bœuf 
<input type="checkbox"/> Poussière 	<input type="checkbox"/> Poisson ou fruits de mer 
<input type="checkbox"/> Poils des animaux 	<input type="checkbox"/> Champignons 
<input type="checkbox"/> Bananes 	<input type="checkbox"/> Autres choses qui ne sont pas dans cette liste <input type="checkbox"/> Incertain(e)

French

Tell me what you are allergic to from this list.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tree pollen | <input type="checkbox"/> Beef |
| <input type="checkbox"/> Dust | <input type="checkbox"/> Fish or shellfish |
| <input type="checkbox"/> Animal hair | <input type="checkbox"/> Mushrooms |
| <input type="checkbox"/> Bananas | <input type="checkbox"/> Other things not on this list |
| | <input type="checkbox"/> Not sure |

Si ce sont des médicaments, quel type de médicament ?

- Pénicilline
- Sulfamide
- Aspirine
- Iode
- Autres médicaments qui ne sont pas dans cette liste
- Incertain(e)

French

If medicine, what type?

- Penicillin
- Sulfa
- Aspirin
- Iodine
- Others not on this list
- Not Sure

Possédez-vous ou portez-vous une identification médicale ?

Non

Incertain(e)

Oui



Si oui, veuillez me la montrer.

French

Do you have or wear any kind of medical identification?

No Not sure Yes

If yes, please show me.

**Êtes-vous allé(e) à l'hôpital ou dans une clinique,
ou avez-vous été suivi(e) par un médecin au
cours du mois dernier ?**

Non

Incertain(e)

Oui



French

Have you been in the hospital or at a clinic or under the care of a doctor in the past month?

No Not sure Yes

Si oui, pour quelle raison ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contrôle | <input type="checkbox"/> Pour des problèmes
gastriques |
| <input type="checkbox"/> Pour obtenir des
médicaments | <input type="checkbox"/> Pour une intervention
chirurgicale |
| <input type="checkbox"/> Pour des examens | <input type="checkbox"/> Pour de l'hypertension |
| <input type="checkbox"/> Pour des problèmes
cardiaques | <input type="checkbox"/> Autre raison |
| <input type="checkbox"/> Pour une douleur | <input type="checkbox"/> Incertain(e) |

French

If yes, what for?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Check up | <input type="checkbox"/> For stomach problems |
| <input type="checkbox"/> To get medicine | <input type="checkbox"/> For surgery |
| <input type="checkbox"/> For tests | <input type="checkbox"/> For high blood pressure |
| <input type="checkbox"/> For heart problems | <input type="checkbox"/> Other reason |
| <input type="checkbox"/> For pain | <input type="checkbox"/> Not Sure |

Pouvez-vous m'indiquer le nom de l'hôpital ou de la clinique ?

- Riverside Methodist Hospital
- Grant Medical Center
- Doctors Hospital
- Grady Memorial Hospital
- Dublin Methodist Hospital
- Mount Carmel East
- Mount Carmel West

French

Can you tell me which hospital or clinic?

- Riverside Methodist Hospital
- Grant Medical Center
- Doctors Hospital
- Grady Memorial Hospital
- Dublin Methodist Hospital
- Mount Carmel East
- Mount Carmel West

Pouvez-vous m'indiquer le nom de l'hôpital ou de la clinique ?

- Mount Carmel St. Ann's
- Mount Carmel New Albany Surgical Hospital
- Ohio State University Hospital
- Ohio State University Hospital East
- Ohio State's James Cancer Hospital and Solove Research Institute
- Ohio State's Richard M. Ross Heart Hospital

French

Can you tell me which hospital or clinic?

- Mount Carmel St. Ann's
- Mount Carmel New Albany Surgical Hospital
- Ohio State University Hospital
- Ohio State University Hospital East
- Ohio State's James Cancer Hospital and Solove Research Institute
- Ohio State's Richard M. Ross Heart Hospital

Pouvez-vous m'indiquer le nom de l'hôpital ou de la clinique ?

- Ohio State's Harding Hospital
- Ohio State University Prime Care Network
- Nationwide Children's Hospital
- Centre de soins local
- Autre clinique ou hôpital
- Incertain(e)

French

Can you tell me which hospital or clinic?

- Ohio State's Harding Hospital
- Ohio State University Prime Care Network
- Nationwide Children's Hospital
- Neighborhood health center
- Other clinic or hospital
- Not sure

**Pouvez-vous m'indiquer le nom du médecin
qui vous a suivi ?**

Veillez me dire son nom ou montrez-moi son nom
sur une carte ou écrivez son nom.

Incertain(e)

French

Can you tell me the name of the doctor?

Please tell me the name, show me the name from a card, or write the name.

Not sure

**Avez-vous une affection qui nécessite un
équipement médical ou des accessoires
spéciaux ?**

Non

Incertain(e)

Oui


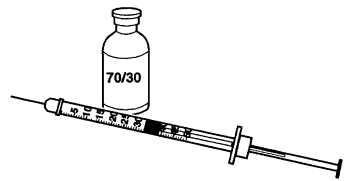
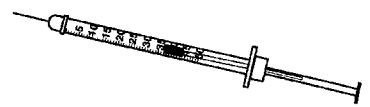

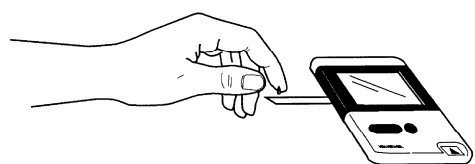
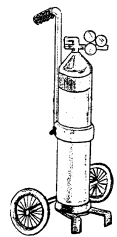
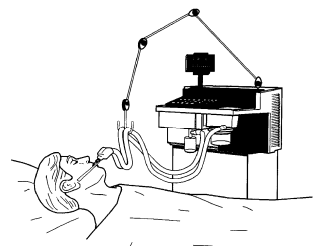




French

Do you have a condition that requires any special medical equipment or supplies?

No Not sure Yes

Si oui, pouvez-vous me dire ce que vous utilisez ?

<input type="checkbox"/> Stylo d'épinéphrine pour une allergie 	<input type="checkbox"/> Insuline 	<input type="checkbox"/> Seringues 
<input type="checkbox"/> Nébuliseur 	<input type="checkbox"/> Lecteur de glycémie 	<input type="checkbox"/> Oxygène 
<input type="checkbox"/> Respirateur 	<input type="checkbox"/> VPPC 	<input type="checkbox"/> Pansements, bandages 

French

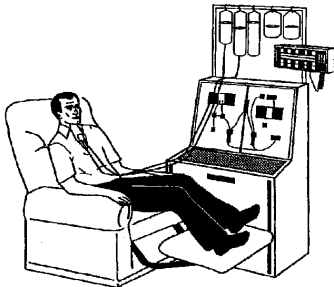
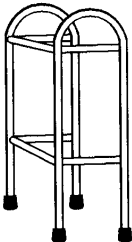
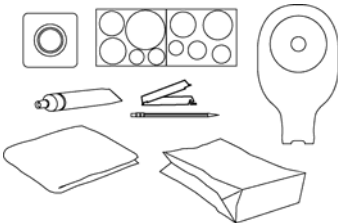

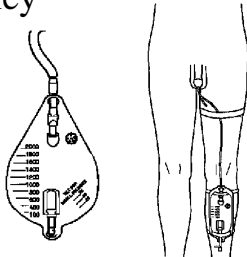
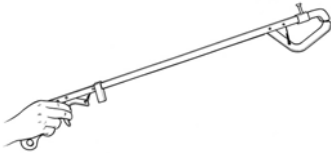
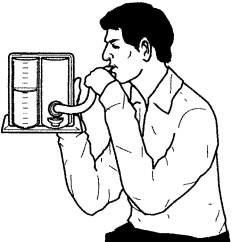
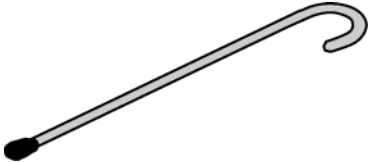

If yes, can you tell me what you use?

- Epinephrine pen for allergy
- Nebulizer
- Respirator

- Insulin
- Glucose meter
- CPAP

- Syringes
- Oxygen
- Dressings

Si oui, pouvez-vous me dire ce que vous utilisez ?

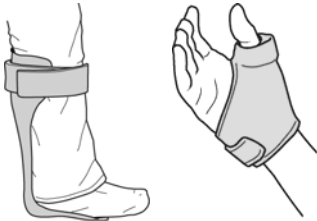
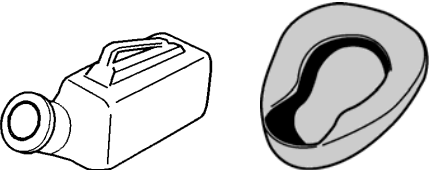
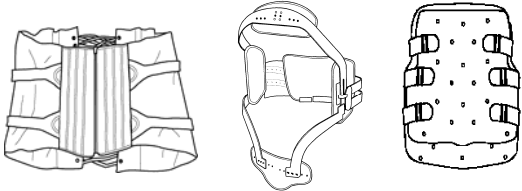

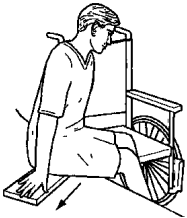

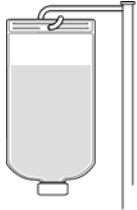
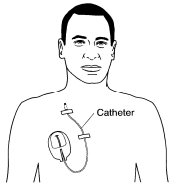
<input type="checkbox"/> Dialyse 	<input type="checkbox"/> Déambulateur 	<input type="checkbox"/> Accessoires de stomie 
<input type="checkbox"/> Sondes d'alimentation 	<input type="checkbox"/> Cathéter de Foley 	<input type="checkbox"/> Pince de préhension 
<input type="checkbox"/> Spiromètre 	<input type="checkbox"/> Canne 	<input type="checkbox"/> Enfile chaussettes 

French

If yes, can you tell me what you use?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dialysis | <input type="checkbox"/> Walker | <input type="checkbox"/> Ostomy supplies |
| <input type="checkbox"/> Tube feedings | <input type="checkbox"/> Foley catheter | <input type="checkbox"/> Reacher |
| <input type="checkbox"/> Incentive spirometer | <input type="checkbox"/> Cane | <input type="checkbox"/> Sock aid |

Si oui, pouvez-vous me dire ce que vous utilisez ?

<input type="checkbox"/> Attelle 	<input type="checkbox"/> Urinoir ou bassin de lit 	<input type="checkbox"/> Orthèse 
<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant 	<input type="checkbox"/> Planche de transfert 	<input type="checkbox"/> Siège de toilette surélevé 
<input type="checkbox"/> Nutrition parentérale 	<input type="checkbox"/> Orifice ou cathéter pour médicaments 	<input type="checkbox"/> Autres accessoires qui ne sont pas dans cette liste <input type="checkbox"/> Incertain(e)

French

If yes, can you tell me what you use?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Splint | <input type="checkbox"/> Urinal or bed pan | <input type="checkbox"/> Brace |
| <input type="checkbox"/> Wheelchair | <input type="checkbox"/> Transfer board | <input type="checkbox"/> Raised toilet seat |
| <input type="checkbox"/> Parenteral nutrition | <input type="checkbox"/> Port or catheter for medicines | <input type="checkbox"/> Other supplies not on this list |
| | | <input type="checkbox"/> Not sure |

**Avez-vous apporté un de ces accessoires
avec vous ?**

Non

Incertain(e)

Oui



French

Did you bring any of these supplies with you?

No Not sure Yes

Prenez-vous des médicaments tous les jours ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you take any medicines every day?

No Not sure Yes

Avez-vous vos médicaments avec vous ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you have your medicine with you?

No Not sure Yes

Quand avez-vous pris ce médicament pour la dernière fois ?

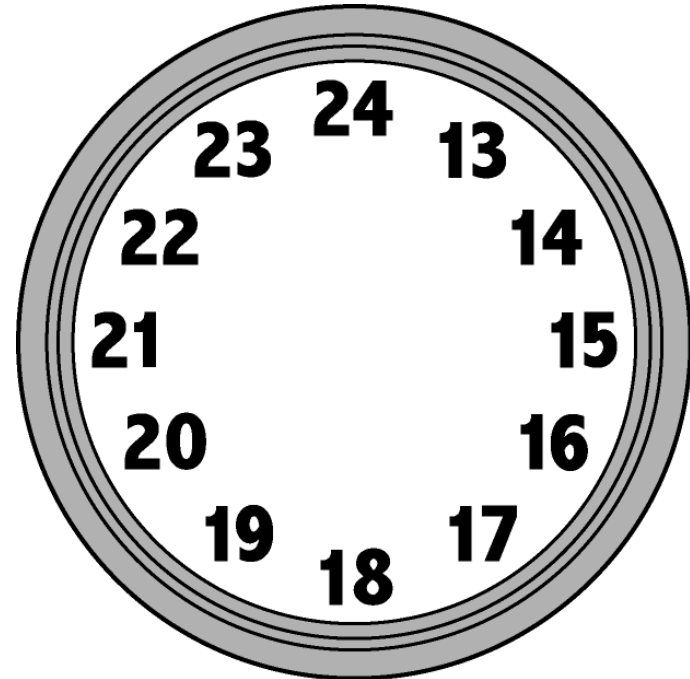
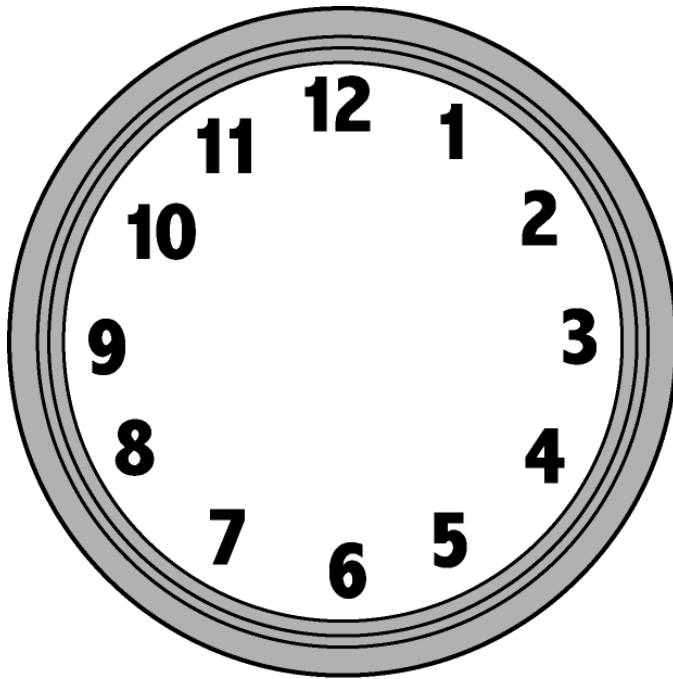
- Aujourd'hui
- Hier
- Il y a plus de 2 jours
- Il y a plus d'une semaine
- Incertain(e)

French

When did you last take this medicine?

- Today
- Yesterday
- More than 2 days ago
- More than a week ago
- Not Sure

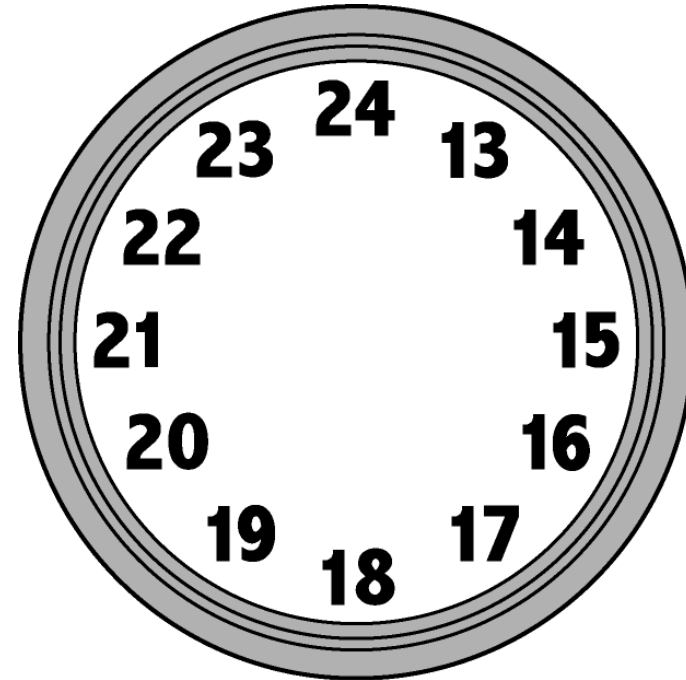
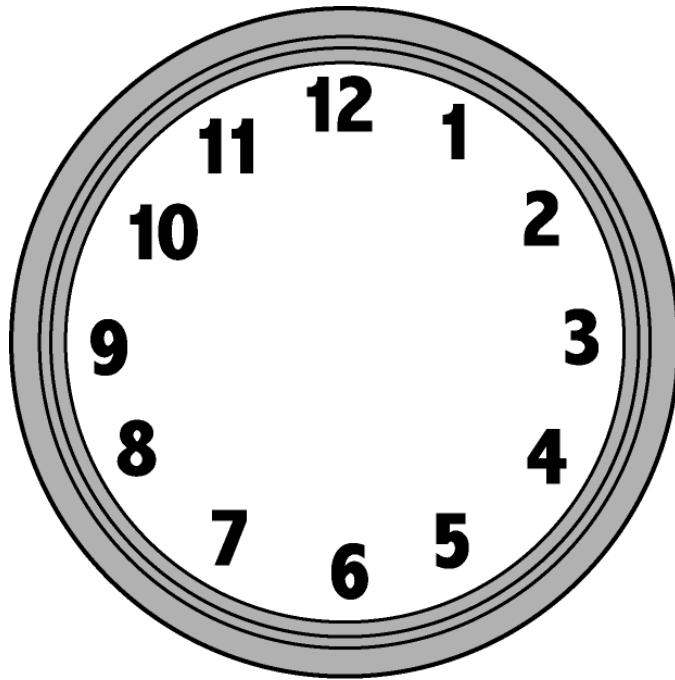
À quelle heure l'avez-vous pris ?



French

What time did you take it?

Quand devrez-vous prendre votre médicament à nouveau ?



French

When should you take your medicine again?

Connaissez-vous le nom de l'endroit où vous obtenez vos médicaments (comme un drugstore, une pharmacie, un supermarché ou une clinique) ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you know the name of the place where you get your medicines (such as a drug store, pharmacy, grocery store or clinic)?

No Not sure Yes

Connaissez-vous les noms des médicaments que vous prenez ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you know the names of the medicines you take?

No Not sure Yes

Savez-vous pour quelle raison vous prenez des médicaments ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> Pour fluidifier mon sang |
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Pour réduire le cholestérol |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Pour réguler mon stress |
| <input type="checkbox"/> Problèmes rénaux | <input type="checkbox"/> Pour faciliter mon sommeil |
| <input type="checkbox"/> Problèmes hépatiques | <input type="checkbox"/> Cancer |

French

Do you know what you take medicine for?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heart problems | <input type="checkbox"/> To thin my blood |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure | <input type="checkbox"/> To lower cholesterol |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> To control my stress |
| <input type="checkbox"/> Kidney problems | <input type="checkbox"/> To help my sleep |
| <input type="checkbox"/> Liver problems | <input type="checkbox"/> Cancer |

Savez-vous pour quelle raison vous prenez des médicaments ?

- Contrôle de la douleur
- Arthrite
- Pour faciliter ma circulation
- Allergies
- Pour traiter une infection
- VIH ou SIDA
- Anémie
- Problèmes oculaires
- Problèmes respiratoires
- Problèmes de peau

French

Do you know what you take medicine for?

- Pain control
- Arthritis
- To help my circulation
- Allergies
- To treat an infection
- HIV or AIDS
- Anemia
- Eye problems
- Breathing problems
- Skin problems

Savez-vous pour quelle raison vous prenez des médicaments ?

- Pour aider ma mémoire
- Problèmes de thyroïde
- Pour m'aider à éliminer les liquides
- Tuberculose
- Malaria
- Spasmes musculaires
- Autres raisons qui ne sont pas dans cette liste
- Incertain(e)

French

Do you know what you take medicine for?

- To help my memory
- Thyroid problems
- To help me get rid of fluid
- Tuberculosis
- Malaria
- Muscle spasms
- Other reasons not on this list
- Not sure

Avez-vous des problèmes d'audition ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you have any problems with your hearing?

No Not sure Yes

Utilisez-vous une aide auditive ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you use a hearing aid?

No Not sure Yes

Avez-vous votre aide auditive sur vous ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you have your hearing aid with you?

No Not sure Yes

Est-ce que votre aide auditive fonctionne ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Is your hearing aid working?

No Not sure Yes

Avez-vous besoin d'une pile/batterie ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you need a battery?

No Not sure Yes

Avez-vous besoin d'un interprète de la langue des signes ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you need a sign language interpreter?

No Not sure Yes

Comment communiquez-vous le mieux avec les autres ?

- Langue des signes
- Lecture sur les lèvres
- Utilisation d'un ATS
- Prise de notes
- Utilisation d'une interface de communication
- Incertain(e)

French

How do you best communicate with others?

- Sign language
- Lip read
- Use a TTY
- Write notes
- Use communication board
- Not Sure

Portez-vous des lunettes de vue ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you wear prescription eye glasses?

No Not sure Yes

**Avez-vous vos lunettes avec vous ou sont-elles
avec vos affaires ?**

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you have your glasses with you or with your belongings?

No Not sure Yes

Avez-vous des problèmes de vue, même avec vos lunettes ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you have problems seeing, even with your glasses?

No Not sure Yes

Utilisez-vous une canne blanche ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you use a white cane?

No Not sure Yes

Avez-vous votre canne blanche avec vous ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you have your white cane with you?

No Not sure Yes

Avez-vous besoin d'aide pour circuler, même avec votre canne blanche ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you need help getting around, even with your white cane?

No Not sure Yes

Avez-vous besoin d'aide pour vous déplacer ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you need help moving around?

No Not sure Yes

**Avez-vous besoin d'aide pour vous lever de
votre lit ou vous coucher ?**

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you need help getting in or out of bed?

No Not sure Yes

Avez-vous besoin d'aide pour vous habiller ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you need help getting dressed?

No Not sure Yes

Avez-vous besoin d'aide dans la salle de bain ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you need help using the bathroom?

No Not sure Yes

Avez-vous besoin d'aide pour vous laver ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you need help bathing?

No Not sure Yes

Avez-vous besoin d'aide pour manger ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you need help eating?

No Not sure Yes

Avez-vous besoin d'aide pour couper vos aliments ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you need help cutting up your food?

No Not sure Yes

**Est-ce qu'un membre de votre famille, un
ami ou du personnel soignant vous aide pour
ces activités ?**

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you have a family member, friend or caregiver with you to help you with these activities?

No Not sure Yes

Portez vous des fausses dents ou un dentier ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you have false teeth or dentures?

No Not sure Yes

Avez-vous vos fausses dents sur vous ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Do you have your false teeth with you?

No Not sure Yes

Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?

Non

Incertain(e)

Oui



French

Are you on any special diet?

No Not sure Yes

Quel type de régime alimentaire particulier ?

- Diabète
- Pauvre en sel
- Régime alimentaire pour problèmes rénaux
- Régime alimentaire sans gluten
- Végétarien
- Cacher

French

What type of special diet?

- Diabetes
- Low salt
- Renal diet
- Gluten free diet
- Vegetarian
- Kosher

Quel type de régime alimentaire particulier ?

- Aliments mous
- Régime alimentaire adapté aux problèmes de déglutition
- Régime alimentaire pour me protéger des infections
- Autre type non cité dans cette liste
- Incertain(e)

French

What type of special diet?

- Soft foods
- Diet for problems with swallowing
- Diet to protect me from infection
- Other type not on this list
- Not sure

Numéro de téléphone où on peut vous joindre ?

French

Telephone number where you can be reached?

Autre numéro de téléphone, le cas échéant.

French

Another telephone number, if you have one.

Adresse email, si vous en avez une.

French

Email address, if you have one.

Date de naissance

French

Date of birth