

Fiche de renseignements

Identité					
Nom					
Prénom					
Date de naissance					
Lieu de travail					
	<input type="checkbox"/> Privé			<input type="checkbox"/> Public	
Ville					
Profession	<input type="checkbox"/> Infirmier polyvalent	<input type="checkbox"/> Infirmier anesthésiste	<input type="checkbox"/> Médecin résident	<input type="checkbox"/> Médecin spécialiste	<input type="checkbox"/> Médecin enseignant
Spécialité					
Photo					
Nom du fichier photo					
Titre de la photo					
Matériel					
Appareil photo					
	<input type="checkbox"/> Compact	<input type="checkbox"/> Bridge	<input type="checkbox"/> Reflex	<input type="checkbox"/> Hybride	<input type="checkbox"/> Smartphone
Objectif					
Réglages					
Focale					
Ouverture					
Vitesse d'obturation					
Flash	<input type="checkbox"/> Oui			<input type="checkbox"/> Non	