

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

(à faire remplir par le candidat)

NOM _____ PRÉNOM _____

Date de naissance | ____ | | ____ | | ____ | | Lieu de naissance _____

Niveau de pratique _____ Nombre de sauts _____

1/ Avez-vous déjà été opéré (e) ? oui non
Si oui, de quoi ? _____

2/ Avez-vous eu un traumatisme crânien ? oui non
Si oui, quand et avec quelles conséquences ? _____

3/ Avez-vous (ou avez-vous eu) une ou des maladies particulières ? oui non
Si oui, lesquelles ? _____

4/ Prenez-vous des médicaments actuellement ? oui non
Si oui, lesquels ? _____

5/ Avez-vous déjà eu une entorse, une fracture oui non
ou une luxation ? oui non
Si oui, quand et quelle en est la localisation ? _____

6/ Portez-vous des lunettes ? oui non
Des lentilles de contact ? oui non
Avez vous un problème auditif ? oui non

7/ Êtes-vous à jour de vos vaccinations ? oui non
(Tétanos - Polio)

8/ Autres remarques _____

Je soussigné(e) _____ atteste sur

l'honneur que ces déclarations sont sincères et véritables.

Fait à le

Signature