



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : _____ PRENOM : _____

NUMERO DE TELEPHONE : _____

ADRESSE EMAIL : _____

1°) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? Si oui précisez _____	OUI NON
2°) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences) _____	OUI NON
3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	OUI NON
4°) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez _____	OUI NON
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : <ul style="list-style-type: none">• Fracture : quand _____ localisation _____• Entorse : quand _____ localisation _____• Luxation : quand _____ localisation _____	OUI NON
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez _____	OUI NON
7°) Dans les 12 derniers mois avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? Si oui précisez _____	OUI NON
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	OUI NON
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	OUI NON
10°) Avez-vous des problèmes de vue ? Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles : _____	OUI NON
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive : _____	OUI NON
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____ _____	OUI NON

Je soussigné(e) (nom/prénom) _____ certifie sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____ signature : _____