



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM _____ PRENOM _____

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/ Etes-vous à jour de vos vaccinations ? OUI NON

8/ Autres remarques _____

Je soussigné (e) _____ atteste sur l'honneur
que ces déclarations sont sincères et véritables.

Fait àle.....

Signature