

NOM : GILLOT
PRENOM : RAFAEL



Cadre réservé A-Center
N° de dossier : _____
Avis : _____

QUESTIONNAIRE DE SANTE

(à usage exclusif de l'échelon médical de l'association)

DATE DE NAISSANCE : 08/06/1981 TAILLE (en cm) : 170 cm POIDS (en kg) : 70 kg

1°) Avez-vous déjà présenté une crise d'épilepsie ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2°) Etes-vous diabétique avec un traitement par insuline ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3°) Avez-vous des antécédents cardio-vasculaires ? (Infarctus, angor, stent, pontage...) Si oui précisez _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4°) Souffrez-vous de troubles du rythme cardiaque ? Si oui précisez _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5°) Avez-vous une hypertension artérielle ? - Si oui, est-elle traitée ? _____ - Si oui, quelle est la dernière mesure : _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6°) Avez-vous déjà eu une perte de connaissance et/ou un étourdissement inexpliqué ou à répétition ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
7°) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8°) Avez-vous des antécédents de fracture du rachis (cervical, dorsal, lombaire) ? Si oui précisez _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
9°) Avez-vous des prothèses de hanche, coude, épaule ou de genou ? Si oui précisez _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
10°) Avez-vous eu un trauma crânien avec perte de connaissance ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
11°) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
12°) Avez-vous été opéré dans les 12 derniers mois ? Si oui : quand et de quoi ? _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours ? Si oui, lesquels : _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique ? Si oui, laquelle : _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
16°) Avez-vous ou avez-vous eu des crises de vertiges rotatoires ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
17°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____ _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Je certifie sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus, ainsi que n'avoir dissimulé ni omis une quelconque information en lien avec mon état de santé et mes capacités physiques et mentales.

Fait à Champ le 17/11/2025 signature : [Signature]