

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

(à faire remplir par le candidat)

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

Date 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 avec perte de connaissance ?  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/ Avez-vous des séquelles d'un traumatisme ostéoarticulaire ?  oui  non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5/ Avez-vous déjà eu une luxation de l'épaule ?  oui  non

6/ Prenez-vous des médicaments actuellement ?  oui  non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

7/ Antécédents ophtalmologiques  oui  non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

8/ Antécédents ORL  oui  non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

9/ Êtes-vous à jour de vos vaccinations ?  oui  non

10/ Autres remarques \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Fait à ..... le .....

Signature