

# QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

**(A compléter par les parents et à remettre sous pli cacheté au responsable de la délégation)**

Nom : ..... Prénom : ..... Saison : .....  
Né le : ..... Autre(s) sport(s) pratiqué(é) : .....  
Catégorie : ..... Adresse : ..... N° Téléphone : .....

Avez-vous été hospitalisé ? .....  Oui\*  Non \*Précisez : .....  
Avez-vous été opéré ? .....  Oui\*  Non \*Précisez : .....  
Avez-vous des troubles de la vue ? .....  Oui\*  Non \*Portez-vous des  Lunettes  Lentilles

Souffrez-vous de diplopie (vision dédoublée par instant)?  Oui\*  Non

Avez-vous interrompu pour raisons médicales votre activité physique durant la dernière saison?  
 Oui\*  Non

Avez-vous connaissance dans votre famille et survenu avant l'âge de 50 ans d'un(e) ?

- Accident, maladie cardiaque ou vasculaire  Oui\*  Non \*Précisez l'âge : .....
- Mort subite (y compris du nourrisson)  Oui\*  Non \*Précisez l'âge : .....

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un(e) effort ?

- Malaise/perte de connaissance  Oui\*  Non
- Fatigue/essoufflement inhabituel  Oui\*  Non
- Douleur thoracique  Oui\*  Non
- Palpitation  Oui\*  Non

Avez-vous un(e) ?

- Maladie cardiaque  Oui\*  Non
- Maladie des vaisseaux  Oui\*  Non
- Eté opéré du cœur/des vaisseaux  Oui\*  Non
- Diabète  Oui\*  Non
- Cholestérol élevé  Oui\*  Non
- Souffle cardiaque  Oui\*  Non
- Trouble du rythme  Oui\*  Non
- Hypertension artérielle  Oui\*  Non
- Ne sais pas
- Ne sais pas

Avez-vous déjà eu un(e) ?

- Electrocardiogramme  Oui\*  Non \*date et résultats : .....
- Echocardiogramme  Oui\*  Non \*date et résultats : .....
- Epreuve d'effort maximal  Oui\*  Non \*date et résultats : .....

Fumer-vous ? .....  Oui\*  Non \*nombre par jour ? .....  
Depuis quelle date ? .....

Avez-vous des allergies ?  Oui\*  Non \*Précisez : .....  
Prenez-vous des traitements régulièrement ?  Oui\*  Non \*Précisez : .....  
Vos dents sont-elles en bon état ?  Oui\*  Non  
Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ?  Oui\*  Non \*Précisez : .....

Date de vaccination contre le tétanos ? .....

**Joindre photocopie des vaccinations à jour du carnet de santé à remettre au responsable de délégation**

Je soussigné(é), M....., père, mère ou représentant légal, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

Signature :