

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

➤ Été 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

➤ Echocardiogramme ☐ Oui* ☐ Non

➤ Epreuve d'effort maximal ☐ Oui* ☐ Non

*date et résultats :

*date et résultats :

*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 ?

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

Date :

Signature :