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 :