

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/perde de connaissance Oui* Non ➤ Douleur thoracique Oui* Non

➤ Fatigue/essoufflement inhabituel Oui* Non ➤ Palpitation Oui* Non

Avez-vous un(e) ?

➤ Maladie cardiaque Oui* Non ➤ Souffle cardiaque Oui* Non

➤ Maladie des vaisseaux Oui* Non ➤ Trouble du rythme Oui* Non

➤ Eté opéré du cœur/des vaisseaux Oui* Non ➤ Hypertension artérielle Oui* Non

➤ Diabète Oui* Non Ne sais pas

➤ Cholestérol élevé Oui* Non 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 ?

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

Date :

Signature :