

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
- 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 ?

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

Date :

Signature :