

Nom de l'affilié(e): _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Lien avec l'athlète : _____

Tel (1) : _____ Tel (2) : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Questionnaire médical

- | | OUI | NON |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Affectation des sens: | | |
| A. Souffrez-vous d'une affection visuelle ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, spécifiez : _____ | | |
| B. Portez-vous des lunettes/ verres de contacts ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Avez-vous des problèmes auditifs ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Avez-vous des prothèses dentaires et/ou auditives ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Problèmes du système nerveux: | | |
| A. Avez-vous des pertes de conscience régulièrement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Souffrez-vous d'épilepsie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Avez-vous déjà souffert d'un traumatisme crânien ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, spécifiez la date: ____/____/____ | | |
| Jour Mois Année | | |
| D. Souffrez-vous de désordres neurologiques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, spécifiez : _____ | | |
| 3. Problèmes respiratoires : | | |
| A. Souffrez-vous d'asthme ou de bronchite chronique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Problèmes rénaux : | | |
| A. Avez-vous ou souffrez-vous d'une maladie rénale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, spécifiez : _____ | | |
| 5. Problèmes systémiques | | |
| A. Souffrez-vous de diabète ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	OUI	NON
B. Souffrez-vous d'allergies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, spécifiez : _____		
6. Problèmes musculo-squelettiques:		
A. Avez-vous une limitation de mouvement de vos membres ou de votre colonne vertébrale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, spécifiez : _____		
B. Souffrez-vous de faiblesses musculaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, spécifiez : _____		
7. Problèmes cardio-vasculaires:		
Souffrez-vous d'une affection cardiaque ou vasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, spécifiez : _____		
8. Problèmes cutanés:		
A. Souffrez-vous d'une maladie contagieuse de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, spécifiez : _____		
9. Autres conditions :		
A. Prenez-vous des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, spécifiez : _____		
Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, spécifiez : _____		
B. Souffrez-vous de maladies ou d'affection non-mentionnées ci-haut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, spécifiez : _____		

Pour votre propre sécurité, nous vous demandons de consulter votre médecin si vous avez répondu «OUI» (sauf pour la section 1) à une ou plusieurs questions mentionnées et d'envoyer une copie du rapport médical à votre instructeur avec les recommandations du médecin. Ce rapport est disponible auprès du directeur technique de votre club.

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets.

Signature du membre ou de son responsable si moins de 18 ans

Date: ____/____/____
Jour Mois Année

NOTE: Ce document est confidentiel et doit être conservé au secrétariat du club.