

	Questionnaire médical (à faire remplir par le candidat)
	Annexe n° 2 au Règlement Médical

NOM _____ PRÉNOM _____

Date de naissance |_____|_|_____|_|_____| Lieu de naissance _____

Niveau de pratique _____ Nombre de sauts _____

1/ Avez-vous déjà été opéré (e) ? o oui onon
Si oui, de quoi ? _____

2/ Avez-vous eu un traumatisme crânien ? o oui onon
Si oui, quand et avec quelles conséquences ? _____

3/ Avez-vous (ou avez-vous eu) une ou des maladies particulières ? o oui o non
Si oui, lesquelles ? _____

4/ Prenez-vous des médicaments actuellement ? o oui onon
Si oui, lesquels ? _____

5/ Avez-vous déjà eu une entorse, une fracture o oui onon
ou une luxation ? o oui onon
Si oui, quand et quelle en est la localisation ? _____

6/ Portez-vous des lunettes ? o oui onon
Des lentilles de contact ? o oui onon
Avez vous un problème auditif ? o oui onon

7/ Êtes-vous à jour de vos vaccinations ? o oui onon
(Tétanos - Polio)

8/ Autres remarques _____

Je soussigné(e) _____
atteste sur l'honneur que ces déclarations sont sincères et véritables.

Fait à le

Signature