

Questionnaire médical

Nom et Prénom :

H/F

Date de Naissance : / /

Adresse

Code postal : Ville :

Téléphone portable : E-mail :

Questions de santé générale

Oui

Non

1. Êtes-vous actuellement en bonne santé ?

.....

2. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de l'une des conditions suivantes :

• Maladies cardiaques

• Hypertension grave

• Épilepsie

• Insuffisance rénale

• Asthme sévère

• Opération chirurgicale récente

• Migraine

• Maladie de Lyme

.....

• Maladie auto-immune (telle que rhumatismes, sclérose en plaques, maladie de Crohn...)

.....

• Autre condition

.....

3. Vous utilisez actuellement :

• Des médicaments pour le cœur

• D'autres types de médicaments

.....

4. Avez-vous des allergies connues (nourriture, pollen...) ?

.....

5. Êtes-vous enceinte ou essayez-vous de le devenir ?

6. Il y a-t-il quelque chose d'autre que votre instructeur devrait savoir ?

7. Je déclare avoir rempli ce formulaire avec sincérité

Date : / /

Signature du participant :