



DiJON

PARACHUTISME

AUTOQUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM :

PRENOM :

DATE NAISSANCE : / /

ADRESSE :

.....

DANS LES 12 DERNIERS MOIS

- 1** Avez-vous été opéré ?
 OUI NON
- 2** Vous a-t-on diagnostiqué une maladie particulière ?
 OUI NON
- 3** Avez-vous eu une prise de sang ou des examens d'imagerie (IRM, scanner...) qui ont révélé une anomalie ?
 OUI NON
- 4** Avez-vous modifié un traitement déjà existant ?
 OUI NON



DiJON

PARACHUTISME

5

Avez-vous eu une luxation d'épaule ?

OUI

NON

6

Avez vous eu une perte de connaissance ?

OUI

NON

7

Avez-vous eu un problème osseux ou articulaire ayant une répercussion aujourd'hui dans votre pratique sportive ?

OUI

NON

8

Avez-vous eu un problème ORL ou ophtalmologique particulier ?

OUI

NON

9

Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

OUI

NON

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : pas de certificat médical à fournir.

*Si vous avez répondu OUI à une question : un certificat médical est à fournir. **A PRESENTER LE JOUR DU SAUT***

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Je soussigné
atteste sur honneur que ces déclarations sont sincères et véritables.

Fait à Le/...../.....

Signature