



## Questionnaire médical

Nom : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ exp : \_\_\_\_\_

**Veillez cocher les items qui ont un rapport avec votre état de santé actuel (déficience temporaire ou chronique, opération ou maladie récente) et détaillez ensuite :**

- port de lunettes
- port de verres de contact
- système auditif : maux d'oreille, surdité, etc.
- système pulmonaire : asthme, problèmes respiratoires, toux, etc.
- système cardio-vasculaire : souffle au cœur, étourdissement, haute ou basse pression, etc.
- système nerveux : tension nerveuse, épilepsie, etc.
- système digestif : foie, trouble digestifs, constipation, diabète, etc.
- système osseux : fractures, faiblesses, ligaments blessés, etc.
- système musculaire : tendons, blessures, etc.
- allergies : médicaments, aliments, piqûres d'insectes, fièvre des foins, etc.

### Commentaires et détails :

---

---

---

---

---

---

---

---

Personne à aviser en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ No de tél : ( ) \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_