



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : BLONDEL PRENOM : DAMIEN

DATE DE NAISSANCE : 28/03/1986 LIEU DE NAISSANCE : TULLE

NIVEAU DE PRATIQUE du parachutisme
hémisphérique à faible altitude :

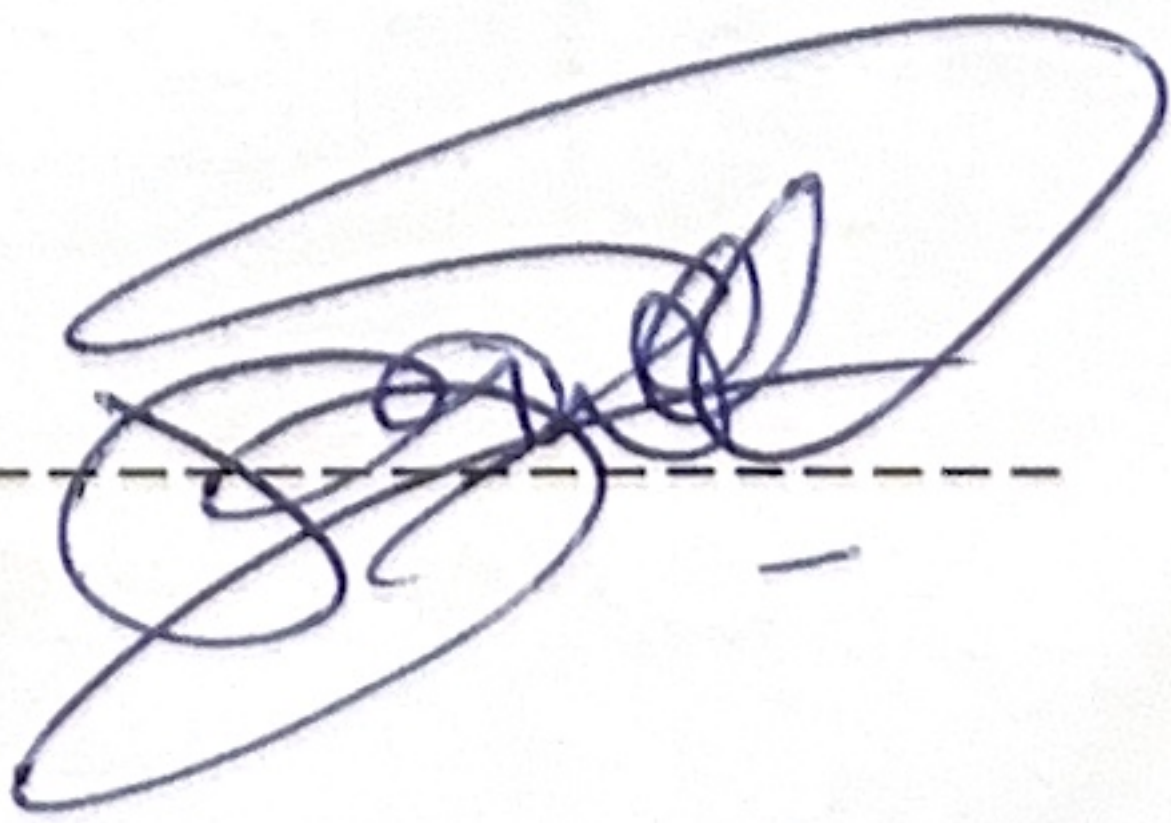
- Niveau 1 (< 20 sauts) ☐
- Niveau 2 (21/40 sauts) ☐
- Niveau 3 (> 40 sauts) ☐

NOMBRE DE SAUTS* : 0

*Vous devez pouvoir justifier de ces sauts sur
présentation d'un justificatif (ex : livret de
sauts)

1°) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? Si oui précisez _____	OUI <u>NON</u>
2°) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences) _____	OUI <u>NON</u>
3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	OUI <u>NON</u>
4°) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez _____	OUI <u>NON</u>
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : • Fracture : quand _____ localisation _____ • Entorse : quand _____ localisation _____ • Luxation : quand _____ localisation _____	OUI <u>NON</u>
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez _____	OUI <u>NON</u>
7°) Dans les 12 derniers mois avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? Si oui précisez _____	OUI <u>NON</u>
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	OUI <u>NON</u>
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	OUI <u>NON</u>
10°) Avez-vous des problèmes de vue ? Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles : _____	OUI <u>NON</u>
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive : _____	OUI <u>NON</u>
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____ _____	OUI <u>NON</u>

Je soussigné(e) (nom/prénom) BLONDEL Damien certifie sur l'honneur
l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus.

Fait à TULLE le 5/09/2024 signature : 

NOM : BLONDEL
PRENOM : DAMIEN



Cadre réservé A-Center
N° de dossier : _____
Avis : _____

QUESTIONNAIRE DE SANTE
(à usage exclusif de l'échelon médical de l'association)

DATE DE NAISSANCE : 28/03/1986 TAILLE (en cm) : 183 cm POIDS (en kg) : 87 kg

1°) Avez-vous déjà présenté une crise d'épilepsie ?	OUI ☒ NON
2°) Etes-vous diabétique avec un traitement par insuline ?	OUI ☒ NON
3°) Avez-vous des antécédents cardio-vasculaires ? (Infarctus, angor, stent, pontage...) Si oui précisez _____	OUI ☒ NON
4°) Souffrez-vous de troubles du rythme cardiaque ? Si oui précisez _____	OUI ☒ NON
5°) Avez-vous une hypertension artérielle ? - Si oui, est-elle traitée ? _____ - Si oui, quelle est la dernière mesure : _____	OUI ☒ NON
6°) Avez-vous déjà eu une perte de connaissance et/ou un étourdissement inexpliqué ou à répétition ?	OUI ☒ NON
7°) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	OUI ☒ NON
8°) Avez-vous des antécédents de fracture du rachis (cervical, dorsal, lombaire) ? Si oui précisez _____	OUI ☒ NON
9°) Avez-vous des prothèses de hanche, coude, épaule ou de genou ? Si oui précisez _____	OUI ☒ NON
10°) Avez-vous eu un trauma crânien avec perte de connaissance ?	OUI ☒ NON
11°) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?	OUI ☒ NON
12°) Avez-vous été opéré dans les 12 derniers mois ? Si oui : quand et de quoi ? _____	OUI ☒ NON
13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours ? Si oui, lesquels : _____	OUI ☒ NON
14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles ?	OUI ☒ NON
15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique ? Si oui, laquelle : _____	OUI ☒ NON
16°) Avez-vous ou avez-vous eu des crises de vertiges rotatoires ?	OUI ☒ NON
17°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____ _____	OUI ☒ NON

Je certifie sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus, ainsi que n'avoir dissimulé ni omis une quelconque information en lien avec mon état de santé et mes capacités physiques et mentales.

Fait à Tulle le 05/09/2024 signature : 