

NOM : CASTELAIN \_\_\_\_\_  
PRENOM : HENRI \_\_\_\_\_



Cadre réservé A-Center  
N° de dossier : \_\_\_\_\_  
Avis : \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE DE SANTE

(à usage exclusif de l'échelon médical de l'association)

DATE DE NAISSANCE : 07 / 06 / 1967 TAILLE (en cm) : 180 cm POIDS (en kg) : 95 kg

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

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 Sully sur Loire le 13/10/2025 signature : 