



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : __TEMPERA__

PRENOM : __PHILIPPE__

DATE DE NAISSANCE : __25__ / __07__ / 1960__

LIEU DE NAISSANCE : __CHAMONIX MONT -
BLANC__

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* : __49__

*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 _____	NON
2°) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences) _____	NON
3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	NON
4°) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez _____	NON
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : • Fracture : quand _____ localisation _____ • Entorse : quand _____ localisation _____ • Luxation : quand _____ localisation _____	NON
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez _____	NON
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 _____	NON
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	NON
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	NON
10°) Avez-vous des problèmes de vue ? Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles : _____ LUNETTES _____	OUI
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive : _____	NON
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____	NON

Fait à __CHAMONIX__ le __04__ / __11__ / 2025__ signature : __TP__



-------	--

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

Fait à _CHAMONIX_____ le _04_/_11_/_2025_____ signature : _TP__