



## QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : DUBARRE PRENOM : PATRICK

DATE DE NAISSANCE : 18 / 09 / 1974 LIEU DE NAISSANCE : Lille (59)

NIVEAU DE PRATIQUE du parachutisme  
hémisphérique à faible altitude :

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

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

1°) Avez-vous déjà subit une intervention chirurgicale ? Si oui précisez <u>genoux, nez, main droite, apendicite</u>	OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
2°) Avez-vous déjà était victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences)	<input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	<input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
4°) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez <u>asthme</u>	OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : <ul style="list-style-type: none"><li>• Fracture : quand <u>1976</u> localisation <u>NEZ</u></li><li>• Entorse : quand <u>1994</u> localisation <u>CHEVILLES DROITE ET GAUCHE</u></li><li>• Luxation : quand _____ localisation _____</li></ul>	OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez	<input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
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	<input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
10°) Avez-vous des problèmes de vue ? Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles : <u>lunettes</u>	OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive :	<input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer :	<input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

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

Fait à VAUCHASSIS le 20 / 08 / 2024 signature : DUBARRE Patrick