



## 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) ☒

NOMBRE DE SAUTS\* : 66 \_\_\_\_\_

\*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 <u>genoux, nez, main droite, appendicite</u> _____	OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
2°) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences) _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI NON <input type="checkbox"/>
3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI NON <input type="checkbox"/>
4°) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez <u>asthme</u> _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : • Fracture : quand <u>1976</u> _____ localisation <u>NEZ</u> _____ • Entorse : quand <u>1994</u> _____ localisation <u>CHEVILLES DROITE ET GAUCHE</u> _____ • Luxation : quand _____ localisation _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI 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"/> OUI NON <input type="checkbox"/>
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI NON <input type="checkbox"/>
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
10°) Avez-vous des problèmes de vue ? Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles : <u>lunettes</u> _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive : _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI NON <input type="checkbox"/>
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI 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