



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : _Kovats_

PRENOM : _François_

DATE DE NAISSANCE : _30/_09/_1963

LIEU DE NAISSANCE : _Créteil (94)_

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* : _59_

*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 : _Hernies, Fractures cheville_	OUI
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 _2019_ localisation _Cheville droite_ • Entorse : quand _1973_ localisation _Genou_ • Luxation : quand _2013_ localisation _Épaule_	OUI
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 : _____	OUI NON
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive : _____	NON
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____	NON

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

Fait à _Paris_ le _01/_09/_2025

_signature : _Kovats_