



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : LAURIEN

PRENOM : BRICE

DATE DE NAISSANCE : 26/08/1978

LIEU DE NAISSANCE : MONTMORILLON (86)

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* : _____

*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 _____	☒ OUI ☐ NON
2°) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences) _____	☒ OUI ☐ NON
3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	☒ OUI ☐ NON
4°) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez _____	☒ OUI ☐ NON
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : • Fracture : quand _____ localisation _____ • Entorse : quand _____ localisation _____ • Luxation : quand _____ localisation _____	☒ OUI ☐ NON
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez <u>pevén d'amil 25 mg et Kardegic 75mg</u>	☐ OUI ☒ 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 _____	☒ OUI ☐ NON
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☒ OUI ☐ NON
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	☒ OUI ☐ 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 : _____	☒ OUI ☐ NON
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : <u>Allergie à la pénicilline</u>	☐ OUI ☒ NON

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

Fait à CHATEAUVIGNY le 19/02/2022 signature : _____