



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : STOEDERS PRENOM : FRANK

DATE DE NAISSANCE : 08/05/1966 LIEU DE NAISSANCE : DIEST, BELGIQUE

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 _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2°) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences) _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3°) Avez-vous fait l'objet d'un rasslement vertébral ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4°) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : <ul style="list-style-type: none">• Fracture : quand _____ localisation _____• Entorse : quand _____ localisation _____• Luxation : quand _____ localisation _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
10°) Avez-vous des problèmes de vue ? Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles : <u>LUNETTES</u>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive : _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

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

Fait à DUBA le 02/05/2024 signature : Frank Stoeders