



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : STOLERS

PRENOM : FRAUK

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)

NOMBRE DE SAUTS* : 158

1°) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? Si oui précisez : _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2°) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences) : _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4°) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez : _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : • Fracture : quand _____ localisation _____ • Entorse : quand _____ localisation _____ • Luxation : quand _____ localisation _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez : _____	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> NON
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive : _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

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

Fait à Diest le 02/08/2024 signature : Frauk Stolars