

NOM : GABRIEL
PRENOM : MANNA



Cadre réservé A-Center
N° de dossier : _____
Avis : _____

QUESTIONNAIRE DE SANTE
(à usage exclusif de l'échelon médical de l'association)

DATE DE NAISSANCE : 05/01/2003 TAILLE (en cm) : 180 cm POIDS (en kg) : 75 kg

1°) Avez-vous déjà présenté une crise d'épilepsie ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
2°) Etes-vous diabétique avec un traitement par insuline ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
3°) Avez-vous des antécédents cardio-vasculaires ? (Infarctus, angor, stent, pontage...) Si oui précisez _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
4°) Souffrez-vous de troubles du rythme cardiaque ? Si oui précisez _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
5°) Avez-vous une hypertension artérielle ? - Si oui, est-elle traitée ? _____ - Si oui, quelle est la dernière mesure : _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
6°) Avez-vous déjà eu une perte de connaissance et/ou un étourdissement inexplicable ou à répétition ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
7°) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
8°) Avez-vous des antécédents de fracture du rachis (cervical, dorsal, lombaire) ? Si oui précisez _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
9°) Avez-vous des prothèses de hanche, coude, épaule ou de genou ? Si oui précisez _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
10°) Avez-vous eu un trauma crânien avec perte de connaissance ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
11°) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
12°) Avez-vous été opéré dans les 12 derniers mois ? Si oui : quand et de quoi ? _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours ? Si oui, lesquels : _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique ? Si oui, laquelle : _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
16°) Avez-vous ou avez-vous eu des crises de vertiges rotatoires ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
17°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____ _____	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>

Je certifie sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus, ainsi que n'avoir dissimulé ni omis une quelconque information en lien avec mon état de santé et mes capacités physiques et mentales.

Fait à _____ le 09/04/2026 signature : Yanna Gabriel