Règlement Médical Fédéral de la Fédération Française de Parachutisme Annexe 1 au Règlement Intérieur

(adopté initialement par le Conseil Fédéral du 22 novembre 2008 et modifié par le Comité Directeur du 25 octobre 2013 et du 13 mars 2020)



Questionnaire médical

(à faire remplir par le candidat)

Annexe n° 2 au Règlement Médical

NOM		PRÉNOM		
Date de naissance		Lieu de naissance		
Niveau de pratique		Nombre de sauts		
1/	Avez-vous déjà été opéré (e) ? Si oui, de quoi ?		□ oui	□non
2/	Avez-vous eu un traumatisme crânien ? Si oui, quand et avec quelles conséquen	ces ?	□ oui	□non ————
3/	Avez-vous (ou avez-vous eu) une ou des maladies particulières ? oui non Si oui, lesquelles ?			
4/	Prenez-vous des médicaments actuellen Si oui, lesquels ?		□ oui	□non
5/	Avez-vous déjà eu une entorse, une frac	ture	□ oui	□non
	ou une luxation ? Si oui, quand et quelle en est la localisation ?		□ oui	□non
6/	Portez-vous des lunettes ?		□ oui	□non
	Des lentilles de contact ?		□ oui	□non
7/	Avez vous un problème auditif? Êtes-vous à jour de vos vaccinations ? (Tétanos - Polio)		□ oui	□non
8/	Autres remarques			
Je soussigné(e) atteste sur l'honneur que ces déclarations sont sincères et véritables. Fait à				
Fail a				

Signature