

QUESTIONNAIRE MEDICAL

N° de Course

RENSEIGNEMENTS	PILOTE	COPILOTE
NOM		
PRENOMS		
SEXE		
POIDS		
Date de la dernière consultation médicale		
Pourquoi ?		
Avez-vous des problèmes cardiaques ?		
Avez-vous du diabète ?		
Avez-vous eu un traumatisme ou une fracture des vertèbres ?		
Avez-vous des crises d'épilepsie ?		
Avez-vous de l'hypertension ?		
Chiffre de tension habituel ?		
Y a-t-il de l'hypertension dans votre famille ?		
Etes-vous allergique ?		
Avez-vous de l'asthme ?		
Avez-vous de l'eczéma ?		
Que prenez-vous comme médicaments habituellement ?		
Je m'engage sur l'honneur à ne pas recourir au dopage tel que défini par le comité olympique international.	Signature	Signature