



CLUB DE TAEKWON-DO ITF DE CHARNY

Courtoisie • Intégrité • Persévérance • Contrôle de soi • Courage

TKDCHARNY.COM 



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

IDENTIFICATION

NOM DE L’AFFILIÉ(E):	
PERSONNE À CONTACTER EN CAS D’URGENCE:	LIEN AVEC L’ATHLÈTE:
TÉLÉPHONE:	TÉLÉPHONE (AUTRE):
NUMÉRO D’ASSURANCE MALADIE:	

1. AFFECTATION DES SENS:	OUI	NON	2. PROBLÈMES DU SYSTÈME NERVEUX:	OUI	NON
A. Souffrez-vous d'une affection visuelle ? Si oui, précifiez :			A. Avez-vous des pertes de conscience régulièrement ?		
B. Portez-vous des lunettes/ verres de contacts ?			B. Souffrez-vous d'épilepsie ?		
C. Avez-vous des problèmes auditifs ?			C. Avez-vous déjà souffert d'un traumatisme crânien ? Si oui, précifiez la date:		
D. Avez-vous des prothèses dentaires et/ou auditives ?			D. Souffrez-vous de désordres neurologiques ? Si oui, précifiez :		
3. PROBLÈMES RESPIRATOIRES:	OUI	NON	4. PROBLÈMES RÉNAUX:	OUI	NON
A. Souffrez-vous d'asthme ou de bronchite chronique ?			A. Avez-vous ou souffrez-vous d'une maladie rénale ? Si oui, précifiez :		
5. PROBLÈMES SYSTÉMIQUES	OUI	NON	6. PROBLÈMES MUSCULO-SQUELETTIQUES:	OUI	NON
A. Souffrez-vous de diabète ?			A. Avez-vous une limitation de mouvement de vos membres ou de votre colonne vertébrale ? Si oui, précifiez :		
B. Souffrez-vous d'allergies ? Si oui, précifiez :			B. Souffrez-vous de faiblesses musculaires ? Si oui, précifiez :		
7. PROBLÈMES CARDIO-VASCULAIRES:	OUI	NON	8. PROBLÈMES CUTANÉS:	OUI	NON
Souffrez-vous d'une affection cardiaque ou vasculaire ? Si oui, précifiez :			A. Souffrez-vous d'une maladie contagieuse de la peau ? Si oui, précifiez :		
9. AUTRES CONDITIONS:	OUI	NON			
A. Prenez-vous des médicaments ? Si oui, précifiez :					
B. Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Si oui, précifiez :					
C. Souffrez-vous de maladies ou d'affection non-mentionnées ci-haut ? Si oui, précifiez :					

Pour votre propre sécurité, nous vous demandons de consulter votre médecin si vous avez répondu « OUI » (sauf pour la section 1) à une ou plusieurs questions mentionnées et d'envoyer une copie du rapport médical à votre instructeur avec les recommandations du médecin. Ce rapport est disponible auprès du directeur technique de votre club.

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets.

Signature de l'adepte ou son tuteur: _____ Date: _____

NOTE: Ce document est confidentiel et doit être conservé au secrétariat du club.