



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.

Avez-vous été testé positif à la Covid-19, depuis de début de la pandémie? Oui Non

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.