



Club de Taekwon-Do ITF de Charny

Courtoisie • Intégrité • Persévérance • Contrôle de soi • Courage

tkdcharny.com 



Questionnaire médical

Nom de l'athlète

Prénom de l'athlète

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence

Lien avec l'athlète

Numéro de téléphone 1

Numéro de téléphone 2

Numéro d'assurance maladie

Autre information pertinente (précisez)

1. AFFECTATION DES SENS	OUI	NON	2. PROBLÈMES DU SYSTÈME NERVEUX	OUI	NON
Souffrez-vous d'une affection visuelle ? Si oui, précifiez :			Avez-vous des pertes de conscience régulièrement ?		
Portez-vous des lunettes/ verres de contacts ?			Souffrez-vous d'épilepsie ?		
Avez-vous des problèmes auditifs ?			Avez-vous déjà souffert d'un traumatisme crânien ? Si oui, précifiez la date :		
Avez-vous des prothèses dentaires et/ou auditives ?			Souffrez-vous de désordres neurologiques ? Si oui, précifiez :		
3. PROBLÈMES RESPIRATOIRES	OUI	NON	4. PROBLÈMES RÉNAUX	OUI	NON
Souffrez-vous d'asthme ou de bronchite chronique ?			Avez-vous ou souffrez-vous d'une maladie rénale ? Si oui, précifiez :		
5. PROBLÈMES SYSTÉMIQUES	OUI	NON	6. PROBLÈMES MUSCULO-SQUELETTIQUES	OUI	NON
Souffrez-vous d'allergies ? Si oui, précifiez :			Avez-vous une limitation de mouvement de vos membres ou de votre colonne vertébrale ? Si oui, précifiez :		
Souffrez-vous de diabète ?			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 :			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 de son tuteur (votre nom dans cette section fait office de signature)

Date (AAAA-MM-JJ)