



Questionnaire médical

Affections des sens

Souffrez-vous d'un problème de vision ou d'audition pouvant nuire à la pratique du Taekwon-Do ou à toutes autres activités physiques? Non Oui Description : _____

Affections du système nerveux

Souffrez-vous d'un problème neurologique (évanouissement, épilepsie, traumatisme crânien,...)? Non Oui Description : _____

Problèmes systémiques

Souffrez-vous d'une maladie rénale, diabète, hypoglycémie, hypertension, hypotension,...? Non Oui Description : _____

Problèmes musculo-squelettiques

Souffrez-vous d'une limitation articulaire, vertébrale ou musculaire? Non Oui Description : _____

Problèmes cardiaques

Souffrez-vous d'une maladie vasculaire ou cardiaque? Non Oui Description : _____

Problèmes cutanés

Souffrez-vous d'une maladie cutanée contagieuse? Non Oui Description : _____

Problèmes respiratoires

Souffrez-vous de bronchite, d'asthme,...? Non Oui Description : _____

Problèmes allergiques

Souffrez-vous d'allergie particulière (nourriture, produits chimique, insectes,...)? Non Oui Description : _____

Si vous prenez des médicaments (veuillez nous l'indiquer)? _____

Autres conditions : _____

Je certifie que tous ces renseignements sont exacts et complets.

Nom de l'élève

#ass. maladie

Signature (parent/tuteur - moins de 18 ans)

Réservé à l'administration

Dojang : PAT RDP PMR CDN NDG AUTRE _____



Medical form

Senses disorders

Are you suffering of a vision or an hearing problem which can harm to the practice of Tae kwon Do or to any other physical activities?

No Yes Description: _____

Nervous system disorders

Are you suffering of a neurological problem (fainting, epilepsy, cranial traumatism)?

No Yes Description: _____

Systemic problems

Are you suffering of a renal disease, diabetes, hypoglycemia, high blood pressure, low blood pressure?

No Yes Description: _____

Muscular skeleton problems

Are you suffering of an articular, vertebral or muscular limitation?

No Yes Description: _____

Cardiac problems

Are you suffering of a vascular or cardiac disease?

No Yes Description : _____

Cutaneous problems

Are you suffering of a contagious cutaneous disease?

No Yes Description: _____

Breathing problems

Are you suffering of bronchitis, of asthma?

No Yes Description: _____

Allergy

Are you suffering of particular allergy (food, chemical products, insects)?

No Yes Description: _____

If you take medications (please indicate us which one)? _____

Other conditions: _____

I certify that all information is exact and complete.

Student's name

Health insurance number

Signature (parent/tutor - under 18 years old)

Reserved to the administration

Dojang : PAT RDP PMR CDN NDG AUTRE _____