



## Renseignement sur la condition physique

Nom:

Date:

Veillez cocher les items qui se rapportent à votre état de santé actuel (déficiences temporaire ou chronique, opération ou maladie récente) et détaillez ensuite :

- Port de lunettes ou verre de contact. Spécifiez:
- Système auditif (maux d'oreille, surdité, etc.) Spécifiez:
- Système pulmonaire (asthme, problème respiratoire, toux, etc.) Spécifiez:
- Système cardio-respiratoire (arythmie, étourdissement, pression, etc.) Spécifiez:
- Système nerveux (épilepsie, parkinson, crise d'angoisse, etc.) Spécifiez:
- Système glandulaire (obésité, diabète, etc.) Spécifiez:
- Système digestif (foie, trouble digestif, constipation, etc.) Spécifiez:
- Système osseux (fractures, faiblesse, ligament blessé, etc.) Spécifiez:
- Système musculaire (tendons, blessure musculaire, etc.) Spécifiez:
- Allergie (médicaments, nourritures, piqûres d'insectes, fièvre des foins, etc.) Spécifiez:

Commentaires:

Prenez-vous des médicaments:  Oui  Non

Si oui, lesquels et pourquoi:

Personne à aviser en cas d'accident:  Lien:

No téléphone:   Rés.  Cell.