



E.P.P.B

Ecole de Parachutisme Professionnelle Bretagne
Aérodrome de Vannes-Meucon
56 250 MONTERBLANC

QUESTIONNAIRE MEDICAL

(à faire remplir par le candidat)

NOM _____ PRÉNOM _____

Date de naissance | ____ | | ____ | | ____ | | Lieu de naissance _____

Niveau de pratique _____ Nombre de sauts _____

1/ Avez-vous déjà été opéré (e) ? oui non

Si oui, de quoi ? _____

Quand ? _____

2/ Avez-vous eu un traumatisme crânien ? oui non

Si oui, quand et avec quelles conséquences ?

3/ Avez-vous (ou avez-vous eu) une ou des maladies particulières ?

oui non

Si oui, lesquelles ? _____

4/ Prenez-vous des médicaments actuellement ? oui non

Si oui, lesquels ? _____

5/ Avez-vous déjà eu une entorse, une fracture oui non

ou une luxation ? oui non

Si oui, quand et quelle en est la localisation ?

6/ Portez-vous des lunettes ? oui non

Des lentilles de contact ? oui non

Avez-vous un problème auditif ? oui non

7/ Êtes-vous à jour de vos vaccinations ? oui non

(Tétanos - Polio)

8/ Autres remarques

9/ Faites-vous de la plongée sous-marine ? oui non

Je soussigné(e)

atteste sur l'honneur que ces déclarations sont sincères et véritables.

Fait à le

Signature