

Questionnaire médical

à remplir et à retourner au médecin responsable de DEFI 2019.

Entreprise : _____

Appellation officielle souhaitée pendant la manifestation :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse complète :

Tél. Privé : _____

Date de naissance : _____

Poids : _____ Taille : _____

Sports pratiqués : _____

Nombre d'heures d'entraînement/semaine : _____

Médecin traitant : _____

Tél. médecin traitant : _____

Je suis en bonne santé habituellement : Oui / Non

Lors d'exercices physiques, j'ai été victime de malaise(s) : Oui / Non

Si oui, quel type de malaise(s) ? _____

Je prends régulièrement des médicaments : Oui / Non

Si oui, lesquels et à quelle posologie ? _____

Dans ma famille, tout le monde est en bonne santé.

Oui / Non

Si non, qui n'est pas en bonne santé et de quelle maladie souffre-t-il (elle) ? _____

Dans ma famille, (parents, frères et sœurs), quelqu'un est décédé de façon subite : Oui / Non

Si oui, à quel âge ? _____

Depuis mes débuts, j'ai été blessé : Oui / Non

Si oui, quel(s) genre(s) de blessure(s) ? _____

Ce questionnaire est à retourner au médecin ci-dessous pour le 31 juillet 2019

Pour tout renseignement complémentaire :

Docteur Vincent Chollet
Médecin responsable Défi 2013
Clinique Bois-Cerf, Avenue d'Ouchy 31
1006 Lausanne
Tél. 021 619 68 30

Remarque : les informations contenues dans ce questionnaire sont traitées de façon confidentielle.