

## Questionnaire médical

à remplir et à retourner au médecin responsable de DEFI 2017.

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 2017

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.