

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « Pour personne majeur < 65 ans et > 18 ans »

SAUT EN PARACHUTE BI-PLACE

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Taille : Poids : (Max 95kg-IMC < 30*)

Ce questionnaire de santé permet de déterminer si vous pouvez pratiquer un saut en Tandem ou nécessite un certificat médical de non contre-indication. La structure et/ou le moniteur, peut en dernier ressort, accepter et/ou refuser votre aptitude pour un saut en parachute BI-PLACE,

REPONDRE PAR « OUI ou par NON » aux questions suivantes :

- 1) Avez-vous des séquelles d'un traumatisme ostéoarticulaire (os/articulations) ?
- 2) Avez-vous déjà eu une luxation de l'épaule ?
- 3) Prenez-vous des médicaments actuellement pour le cœur et/ou les vaisseaux ?
- 4) Antécédents* et/ou traitement ORL (nez/gorges/oreilles) ?
- 5) Antécédents* et/ou traitement oculaire (œil) ?
- 6) Antécédents* et/ou traitement neurologique ou psychiatrique (AVC/cerveau/nerfs) ?
- 7) Antécédents* et/ou traitement pulmonaire (poumons) ?
- 8) Refus d'une assurance vie pour raison médical ?
- 9) Antécédents* et/ou traitement d'une maladie musculaire ou squelettique ?
- 10) Êtes-vous enceinte ?
- 11) Ne pas avoir effectué de plongée sous-marine dans les dernières 36 heures, précédant le décollage ?

Je soussigné(e),

« En pleine capacité juridique » déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du questionnaire et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalé. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, la structure ne pourra être responsable sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national.

Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que ce document sera conservé minimum deux ans au sein de la structure.

- Si vous avez répondu **NON** aux **ONZE** questions : sauf problème évident non détecté par le questionnaire, votre état ne contre indique pas l'activité d'un saut en parachute BI-PLACE.
- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : nous vous conseillons de vous rapprocher de votre médecin.

Fait à LeSIGNATURE :

* IMC = Poids (kg) / Taille (Mètre)²

*Antécédents inférieur à 12 mois