



LA PLAINE
COBRAS DE LA PLAINE
QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code Postal : _____

Tél. maison : _____ Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Date de naissance : ____/____/____ Âge : _____

No assurance maladie : _____

Personne à rejoindre en cas d'urgence (nom et numéro de téléphone) :

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Y a-t-il dans votre famille des cas de :

Diabète	<input type="checkbox"/>	Maladies cardiaques	<input type="checkbox"/>	Allergies	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	Épilepsie	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>
Maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	Arthrite	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>

Précisez :

Est-ce que votre enfant prend des médicaments sur une base régulière?

Oui Non

Si oui précisez :

A-t-il déjà subi une opération?

Oui Non

Si oui précisez :

A-t-il déjà eu une commotion?

Oui Non Si oui combien : _____

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

A-t-il ou souffre-t-il des problèmes suivants :

Allergies	<input type="checkbox"/>	Étourdissements/ vertiges	<input type="checkbox"/>	Problèmes circulatoires	<input type="checkbox"/>
Arthrite	<input type="checkbox"/>	Évanouissement	<input type="checkbox"/>	Problèmes respiratoires	<input type="checkbox"/>
Basse pression	<input type="checkbox"/>	Fatigue	<input type="checkbox"/>	Problèmes de vision	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	Haute pression	<input type="checkbox"/>	Problèmes digestifs	<input type="checkbox"/>
Convulsions	<input type="checkbox"/>	Hypoglycémie	<input type="checkbox"/>	Problèmes d'ouïe	<input type="checkbox"/>
Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	Insomnie	<input type="checkbox"/>	Problèmes psychologiques	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	Maux de tête	<input type="checkbox"/>	Problèmes rénaux	<input type="checkbox"/>
Ecchymoses (bleus faciles)	<input type="checkbox"/>	Méningite	<input type="checkbox"/>	Saignements de nez	<input type="checkbox"/>
Engourdissement	<input type="checkbox"/>	Tremblements	<input type="checkbox"/>	Sinusite	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>

Précisez :

Avez-vous déjà eu les blessures suivantes?

Fracture	<input type="checkbox"/>	Entorses	<input type="checkbox"/>	Étirement musculaire	<input type="checkbox"/>
Tendinites	<input type="checkbox"/>	Subluxation	<input type="checkbox"/>		
Dislocation	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>		

Si oui précisez :
