



Fiche médicale/ Medical form

1. Problème d'asthme/ Do you have asthma problem?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------

2. Etes-vous un patient diabétique/ Do you suffer from diabetes ?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------

a. Si oui, êtes-vous sur insuline/ If yes, are you on insulin?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------

3. Souffrez-vous de douleurs à la poitrine, problème de vertige; êtes-vous à cours de respiration ou ressentez-vous de l'épuisement, de la fatigue durant les exercices/ Do you have chest pain or vertigo, shortness of breath, excessive fatigue during exercise ?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------

4. Avez-vous eu dans le passé des pertes de conscience en faisant ou durant des exercices physiques ? Do you suffer from fainting or loss of consciousness during exercise?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------

5. Tension forte? / High blood pressure ?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------

a. Etes-vous sur médicaments? / Are you on medication ?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------

b. Si oui, aviser le nom du médicament ? / If yes, please specify medication

.....



6. Tension basse? Low blood pressure?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------

a. Etes-vous sur médicaments? / Are you on medication ?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------

b. Si oui, aviser le nom du médicament / If yes, please specify medication

.....

7. Souffrez-vous de l'hypoglycémie ?/ Do you have Hypoglycemia ?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------

8. Avez-vous des problèmes cardiaques ou autres antécédents cardiaques?/ History of abnormal ECG, heart murmur, cardiac arrest or extra heart beats ?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------

9. Aviser si vous avez des antécédents de fractures, problèmes musculaires?/ Any fractures, joint dislocations, serious sprains or weakness of muscles ?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------

10. Aviser si vous avez déjà eu des blessures à la tête nécessitant une hospitalisation? Please advise if you've suffered from any severe injury to the head that required hospitalisation ?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------

11. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale dans le passé? Have you had any surgery in the past ?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------



a. Si oui, veuillez spécifier la nature de l'intervention et à quand remonte-t-elle ?/
If yes, what was the intervention about and when did it happen ?

.....

12. Avez-vous un/ des implants ? / Do you have any medical/ surgical implant(s) ?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------

a. Si oui, lequel ?/ If yes, please specify

.....

13. Aviser les antécédents d'allergies à la nourriture ou aux médicaments ou autres/ Do you have any allergies ? If yes, please specify.

.....

14. Souffrez vous d'épilepsie ou autres problèmes de neurologie ? Do you suffer from epilepsy or other neurological problems ?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------

15. Prenez vous des médicaments en ce moment? Are you presently on medication ?

OUI/ YES	NON/ NO
----------	---------

a. Si oui, aviser le nom de médicaments/ If yes, please specify

.....

Je certifie que les informations données sont exactes et vraies/ I certify that the above given information is correct.

Signature