

QUESTIONNAIRE MEDICALE - MEDICAL QUESTIONARY

N° de Course

DOCUMENT N°

RENSEIGNEMENTS	Pilote / 1ST Driver	Copilote / Co-driver
NOM <i>SURNAME</i>		
PRENOM <i>FIRST NAME</i>		
SEXE <i>SEX</i>		
POIDS <i>WEIGHT</i>		
Date de la dernière consultation médicale <i>Date of last medical exam</i>		
Pourquoi? <i>Why?</i>		
Avez-vous des problèmes cardiaques? <i>Do you have heart problems?</i>		
Avez-vous du diabète? <i>Have you got diabetes?</i>		
Avez-vous eu un traumatisme ou une fracture des vertèbres ? <i>Did you suffer from any traumatism or vertebral fracture?</i>		
Avez-vous des crises d'épilepsie? <i>Do you have epileptic crisis?</i>		
Avez-vous de l'hypertension? <i>Do you have a high blood pressure?</i>		
Chiffre de tension habituel? <i>Usual blood pressure?</i>		
Y a-t-il de l'hypertension dans votre famille ? <i>Is there high blood pressure in your family?</i>		
Etes-vous allergique? <i>Have you got allergies?</i>		
Avez-vous de l'asthme? <i>Are you asthmatic?</i>		
Avez-vous de l'eczéma ? <i>Have you got eczema ?</i>		
Que prenez vous comme médicaments habituellement ? <i>What do you takes as medicine usually?</i>		
Je m'engage sur l'honneur à ne pas recourir au dopage tel que define par le comité olympique international. <i>I engage myself on the honor not to resort to doping such as defined by the international Olympic committee.</i>	Signature	Signature