



CENTRES MÉDICO-SPORTIFS DE DENAIN ET DE SAINT-AMAND

QUESTIONNAIRE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Précisez les réponses positives	OUI/NON (si oui : date)	Localisation	Traitement	Séquelles
Avez-vous été hospitalisé?				
Avez-vous changé d'activité sportive pour des raisons de santé?				
Avez-vous changé de travail pour des raisons de santé?				
Avez-vous suivi un traitement de longue durée ?				
Avez-vous suivi un régime alimentaire ?				
Consommez- vous des boissons contenant de l'alcool ? (bière, cidre, vin, apéritifs...)				
Fumez-vous ou avez- vous déjà fumé ?				
Avez-vous eu recours à des compléments alimentaires visant à améliorer vos performances sportives?				

POUR LES FEMMES

Age des premières règles : ans	Avez-vous des règles régulières ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous pris ou prenez-vous la pilule? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Depuis le :
Avez-vous présenté des affections gynécologiques ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lesquels:
Avez-vous des enfants ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui âges des enfants :

Je.....* le C.M.S de Denain ou de Saint Amand les Eaux à envoyer en cas d'anomalie une copie des résultats à mon médecin traitant.

* *autorise ou refuse* (noter en toute lettre)

Nom du Médecin :

Adresse :

Tel :

Date et signature: Le

⚠ Les résultats (ou copie des résultats pour le haut niveau, l'original étant envoyé au médecin de la fédération) seront uniquement envoyés au sportif par courrier. En cas de perte, une copie sera adressée sur demande écrite à monsieur le Président de l'Association SPORT de la Porte du Hainaut

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom:	Prénom:
Nom de jeune-fille :	
Date de naissance: / /	Lieu de naissance:
Situation familiale: <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Vie maritale	
Adresse:	
Code postal:	Ville:
Téléphone fixe: / / / /	Téléphone portable: / / / /
Email: @	Activité professionnelle/scolaire:
Médecin traitant:	Adresse:
Kinésithérapeute:	Adresse:
Psychologue:	Adresse:
Podologue:	Adresse:
Autres:	Adresse:

RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

Appartenez-vous à un club: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom:	Ville:
Discipline:	Nom de l'entraîneur:
Spécialité:	Licence: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sportif de Haut Niveau: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sportif Espoir: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Appartient à un pôle: <input type="checkbox"/> Espoir <input type="checkbox"/> France	Licence étrangère: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sport études ou classe à horaires aménagés: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Compétition: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Loisirs: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Statut sportif: <input type="checkbox"/> Amateur <input type="checkbox"/> Professionnel Niveau: <input type="checkbox"/> Sur liste <input type="checkbox"/> National <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> Départemental	
Autres sports pratiqués: Actuellement : Antérieurement :	

CADRE RÉSERVÉ AU SPORTIF DE HAUT NIVEAU

Suivi longitudinal: - Êtes-vous soumis au suivi longitudinal: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- Avez-vous déjà été soumis au suivi longitudinal: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres structures Médico Sportives: Dopage: -Suivi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ACTIVITÉS SPORTIVES

Objectifs proches:	Objectifs de la saison:
Objectifs futurs:	
Performance absolue:	Meilleurs titres:
Meilleure performance de la saison précédente:	

Programme d'entraînements: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Nombre d'heures d'entraînements:	
Fréquence d'entraînements: <input type="checkbox"/> 1 fois/semaine <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois <input type="checkbox"/> 4 à 5 fois <input type="checkbox"/> 6 fois et plus			
Détails de l'entraînement:			
1) Échauffement			
Échauffement: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Étirements: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Commentaire:			
An niveau de l'entraînement: Jogging: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Musclature: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres:			
2) Récupération			
Étirements: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Spécifiques: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Alimentation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Hydratation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres:			
Interruption de la pratique sportive: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Autres:	
VACCINATIONS OBLIGATOIRES			
Vaccins	Dates	Rappels	
Diphtérie- Tétanos- Poliomyélite			
B.C.G			
Hépatite B			
Autres(coqueluche, Méningite...)			
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX			
Maladies	Période	Traitements et Commentaires	

Depuis votre précédente consultation (*moins d'un an*), si vous n'avez eu aucun problème de santé veuillez cocher la case ci dessous et ne pas compléter le questionnaire suivant.

Je* qu'aucun problème médical n'est survenu depuis ma précédente visite au centre médico sportif de Denain en date du / / .

*certifiée (noter en toute lettre) Pour les mineurs, nom du titulaire de

l'autorité parentale :

Date et signature: Le

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS				
Maladies	OUI/ NON	Période	Traitements et Commentaires	
Intervention Chirurgicale (abdos, oculaire, orthopédique, cardiovasculaire, orl)				
Antécédents Cardio Vasculaires (souffle, infarctus, angine, myocardiopathie, hypertension...)				
Problèmes Respiratoires				
Antécédents ORL (sinusite, otite, rhinite, surdité...)				
Antécédents Neurologiques (épilepsie, convulsions, ictus...)				
Antécédents Psychologiques				
Maladies infectieuses (mononucléose, sida, hépatite...)				
Troubles Métaboliques (diabète, hypercholestérolémie, obésité...)				
Troubles Endocriniens (thyroïde, glandes surrénales, hypophyse...)				
Dermatologiques (acné, mycose, eczéma, psoriasis...)				
Urologiques (protéinurie, hématurie, infection urinaire...)				
Traumatisme non chirurgicaux (entorse, luxation, tendinite...)				
Ophtalmologiques				
Allergies				
PATHOLOGIES TRAUMATIQUES ET CHIRURGICALES				
Blessures– Accidents- Interventions Chirurgicales	OUI/ NON (si oui : date)	Localisation	Traitement	Séquelles
Traumatismes crânien et facial (avec OU sans perte de connaissance)				
Fractures				
Entorses et luxations				
Pathologies des muscles (élongations, claquages, déchirures)				
Pathologies des tendons (tendinites, ruptures)				
Pathologies de la colonne vertébrale (cervical, dorsal, lombaire)				