

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)				