



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Apnea Squad Pour la pratique sécuritaire de l'apnée sportive

Tous les champs sont obligatoires.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Prénom, Nom : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Âge : _____ Sexe (H/F/Autre) : _____ Taille (cm) : _____ Poids (kg) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Région : _____

Code Postal : _____ Pays : _____

Courriel : _____ Tél. : _____

Profession : _____

CONTACT D'URGENCE

Nom complet : _____ Relation : _____

Tél. principal : _____ Courriel (optionnel) : _____

AVERTISSEMENT IMPORTANT L'apnée sportive est une activité exigeante physiquement et mentalement, qui présente des risques spécifiques liés au milieu aquatique.

Le respect strict des consignes de sécurité est obligatoire afin de réduire au minimum le risque d'accident grave, pouvant inclure la noyade ou d'autres blessures sérieuses.

Initiales de reconnaissance : _____

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Répondez honnêtement aux questions suivantes en cochant (✓) OUI ou NON. En cas de doute, répondez OUI.

Questions	OUI	NON
1. Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous une grossesse ?	☐	☐
2. Prenez-vous actuellement des médicaments (sur ordonnance ou non) régulièrement, hormis les contraceptifs ?	☐	☐
3. Êtes-vous fumeur régulier ou avez-vous arrêté de fumer récemment ?	☐	☐
4. Avez-vous un taux de cholestérol élevé ?	☐	☐
5. Avez-vous des antécédents familiaux de maladies cardiaques ou pulmonaires ?	☐	☐
6. Asthme, respiration sifflante ou difficultés respiratoires fréquentes ?	☐	☐
7. Allergies graves, fièvres fréquentes, sinusites chroniques ou bronchites répétitives ?	☐	☐
8. Pneumothorax ou autre affection pulmonaire sérieuse, ou chirurgie thoracique ?	☐	☐
9. Claustrophobie, agoraphobie ou toute autre peur liée aux espaces confinés ?	☐	☐
10. Épilepsie, crises convulsives ou troubles neurologiques ?	☐	☐
11. Migraines fréquentes, pertes de connaissance ou vertiges réguliers ?	☐	☐
12. Problèmes fréquents liés aux transports (mal des transports sévère) ?	☐	☐
13. Antécédent d'accident ou incident lié à la plongée sous-marine ou à l'apnée ?	☐	☐
14. Problèmes chroniques ou chirurgies liées à la colonne vertébrale ou aux articulations majeures ?	☐	☐
15. Diabète (Type 1 ou Type 2) ?	☐	☐
16. Problèmes liés à une chirurgie ou complications post-opératoires ?	☐	☐
17. Hypertension, maladie cardiaque, infarctus, angine de poitrine, ou interventions cardiovasculaires ?	☐	☐
18. Problèmes auditifs, troubles d'équilibre, ou chirurgie ORL récente ?	☐	☐

19. Troubles de la coagulation, saignements fréquents ou maladies veineuses ? ☐ ☐
20. Maladies gastro-intestinales chroniques ou ulcère gastrique opéré ? ☐ ☐
21. Historique de consommation excessive d'alcool ou usage de drogues ? ☐ ☐
22. Autre problème médical significatif non mentionné précédemment ? ☐ ☐
(Précisez ci-dessous)

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, ou si vous avez 40 ans ou plus, une autorisation médicale est requise avant de participer aux activités d'apnée sportive. (Voir page médecin).

Je déclare avoir répondu honnêtement à toutes les questions du questionnaire et je comprends clairement les risques liés à la pratique de l'apnée sportive.

Date : _____

Signature du participant : _____

Si le participant est âgé de moins de 18 ans :

Signature du tuteur légal : _____ Nom du tuteur légal : _____

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN

Examen médical en vue de pratiquer l'apnée sportive (immersion subaquatique sans équipement respiratoire, en mouvement ou statique, à profondeur variable).

Après examen, je déclare que : ☐ FAVORABLE : Je n'identifie aucune contre-indication médicale à la pratique de l'apnée sportive. ☐ DÉFAVORABLE : Je relève une ou des contre-indications médicales à la pratique sécuritaire de l'apnée sportive. (Veuillez détailler ci-dessous)

Remarques ou précisions médicales :

Nom du médecin : _____

Adresse clinique : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone : _____ Date : _____

Signature du médecin : _____