

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

Melle - Mme - M .....

Date de naissance : .....

Pour pratiquer cette activité, vous ne devez pas avoir de problème de santé qui risquerait d'être aggravé, ou favoriser un accident. En application de la réglementation fédérale (Obéissant à l'arrêté du 28 avril 2000 du Ministère de la Jeunesse et des Sports), il vous est demandé de remplir avec attention ce questionnaire. Si vous répondez « OUI » à l'une des questions, vous devez être examiné par un médecin pour évaluation des risques éventuels avant de pouvoir accéder à l'attraction.

Cette activité est contre indiquée durant la grossesse. Nous vous recommandons de faire soigner vos caries dentaires.

La consommation exagérée d'alcool et de produits illicites est incompatible avec la pratique de cette activité.

### Cocher la case correspondante :

1. Avez vous été victime d'une surpression pulmonaire ou d'un accident de décompression ?

Oui  Non

2. Êtes-vous atteint d'un handicap ?

Oui  Non

3. Avez-vous eu ou avez vous :

Des problèmes cardiaques ou circulatoires ?

Oui  Non

4.en particulier : - une hypertension artérielle même traitée ?

Oui  Non

5. des pertes de connaissance à répétition ?

Oui  Non

6. des problèmes respiratoires chroniques ?

Oui  Non

7. une maladie asthmatique ?

Oui  Non

8. un pneumothorax, un traumatisme thoracique ?

Oui  Non

9. des problèmes de la sphère oto-rhino-laryngologique ayant entraîné des soins médicaux spécialisés

Oui  Non

10. une mauvaise audition, une perforation tympanique ?

Oui  Non

11.une sinusite ou une otite chronique ?

Oui  Non

12. des vertiges ou des troubles de l'équilibre à répétition ?

Oui  Non

13. des douleurs des oreilles dans l'eau, en avion ou en altitude ?

Oui  Non

14. des problèmes psychiatriques ?

Oui  Non

15. êtes vous suivi pour dépression ?

Oui  Non

16. Avez-vous eu ou avez vous:des problèmes neurologiques ?

Oui  Non

17. des crises d'épilepsie, traitées ou non ?

Oui  Non

18. - des crises de « tétanie » ou de « spasmophilie » ?

Oui  Non

19. un traumatisme crânien avec coma ?

Oui  Non

20. une maladie métabolique ?

Oui  Non

21. une maladie diabétique traitée ou non ?

Oui  Non

22. une maladie endocrinienne ?

Oui  Non

23. une affection tumorale ?

Oui  Non

24. une hernie hiatale ou un reflux gastro-oesophagien ?

Oui  Non

25.une affection des yeux : myopie sévère, anomalie de la cornée, problème de rétine ?

Oui  Non

26. des problèmes dermatologiques chroniques ?

Oui  Non

27. Prenez vous un traitement : pour le cœur, pour la tension, pour fluidifier le sang, à visée psychiatrique ou neurologique

Oui  Non

28. Avez-vous déjà bénéficié d'une intervention chirurgicale ou endoscopique :

- sur le cœur, ou sur le thorax ?Oui  Non

- sur l'estomac ?  
Oui  Non

- sur les oreilles ou les sinus ?  
Oui  Non

- intra-crânienne ?  
Oui  Non

- sur les yeux (y compris au laser) ?  
Oui  Non

29. Bénéficiez-vous d'une interruption d'activité ou de travail depuis au moins 1 mois suite à une maladie ou à un accident ?

Oui  Non

30. Devez-vous bénéficier d'un traitement médical long, d'une intervention chirurgicale ou endoscopique, d'une hospitalisation dans les 6 prochains mois ?

Oui  Non

**Je certifie avoir lu et compris les questions ci-dessus et pouvoir attester que mes réponses sont exactes.**

**Je reconnais avoir été averti (e) que toute déclaration inexacte engage ma responsabilité et dégage celle de Marineland.**

Fait le .....

à .....

**Signature :**

(ou du parent ou tuteur s'il s'agit d'un mineur)

### Avertissement

Attention : vous engagez votre responsabilité en cas de fausse déclaration, et votre signature datée certifie la véracité de la présente déclaration d'état de santé.